FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année 1963-1964 — N° 190

L'Expertise médicale de 300 cas d'accidents corporels dus à des accidents de la circulation

THESE

présentée à la

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 7 novembre 1963

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

RAVOAVISON Georges

né le 16 avril 1932 à TANANARIVE (Madagascar)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554212_0015

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année 1963-1964 — N° 190

L'Expertise médicale de 300 cas d'accidents corporels dus à des accidents de la circulation

THESE

présentée à la

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 7 novembre 1963

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

RAVOAVISON Georges

né le 16 avril 1932 à TANANARIVE (Madagascar)

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PERSONNEL DE LA FACULTE

- = - = - = - = - = -

DOYENS HONORAIRES :

M.J. LEPINE : Membre de l'Institut.

M. H. HERMANN : Correspondant de l'Institut

DOYEN

J.F. CIER

ASSESSEURS : MM. M. LEVRAT
L. REVOL

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. COLLET. GUIART. PATEL. LEPINE. TRILLAT. MOURIQUAND. MAZEL. GARIN. GATE. MARTIN. GABRIELLE. SANTY. DUCLOS. GUILLEMINET. HERMANN. ROCHET.

PROFESSEURS

MM. CIBERT	Clinique urologique
POINTHUS (Détaché à Beyrouth)	Physique biologique
DECHAUME	Cl. Neuro-psychiatrique et d'hygiene mentale
CHAMBON	Chimie organique et toxicologie
WERTHEIMER	Clinique chirurgicale "B"
PAUPERT-RAVAULT	Clinique médicale "B"
FROMENT	Cl. et prophylaxie cardio-vasculaires
CROIZAT	Clinique médicale "C"
ENSELME	Chimie biologique et médicale
MALLET-GUY	Clinique chirurgicale "A"
REVOL	Pharmacie galenique
POLLOSSON	Clinique gynécologique
PIGEAUD	Clinique obstétricale
BOURRET	Médecine du travail
LEVRAT	Clinique Médicale "A"
SOHIER	Hygiène et action sanitaire sociale
NETIEN	Botanique et cryptogamie

../...

MM.	BERTRAND	Clinique chirurgicale "C"
	LADINAND	Chimie Analytique pharmaceutique
	DREVON	Pharmacie chimique et pharmacologie
	ROCHE	Médecine légale et déontologie
	COUDERT	Parasitologie et et pathologie exotique
	MOUNIER-KUHN	clinique d'oto-rhino-laryngologie - audio-phon.
	PAUFIQUE	Clinique ophtalmologique
	THIERS	Clinique de dermatologie, syphilig. allergologie
	BRUN	Clinique de Pneumo-phtisiologie
	CREYSSEL	Clinique traumatologique des membres
	DARGENT	Clinique carcinologique
	GUICHARD	Anatomiopathologique
	GIRARD Paul	Pathologie générale et expérimentale
	LATARJET	Anatomie
	PEYCELON	Pathologie chirurgicale
	GIRARD Marcel	Thérapeutique
	VACHON	Pathologie médicale
	GALY	Physio-pathologie des voies respiratoires
	PAPILLON	Radiologie
	JEUNE	Clinique des maladiesinfectieuses
	GONIN	Hydrologie thérapeutique climatologie et écologie sociale.
	MONNET	Bactériologie
	BANSILLON	Physiologie et pathologie obstétricale
	CHATONNET	Physiologie "B"
	GUINET	Clinique endocrinologique
	TRILLAT	Clinique de chirurgie o rthopédique
	FREIDEL	Clinique stomatologique
	MARION	Clinique de chirurgie et d'ortopédie infant.
	DORCHE	Matière médicale et législation pharmaceutique
	DUMONT L.	Histologie à embryologie
	PERROT	Chimie
	CIER J.F.	Physiologie "A"
	PERRIN J.	Thérapeutique chirurg. et chirurgie opératoire
	X	Cl. Médicale infantile - Hygiène du 1er âge.
	X.....	Biologie médicale et pharmacodynamie

P R O F E S S E U R S A T I T R E P E R S O N N E L

BERGER	Physique nucléaire appliquée à la médecine
BERTOYE	Bactériologie
MANSUY	Neuro-chirurgie
COLLET	Chimie pharmaceutique
SARROUY	Clinique de pédiatrie

../...

LACROIX	Climatologie
LIARAS	Clinique chirurgicale propédeutique
LECUIRE	Neuro-chirurgie
REVOL	Médecine générale
GOINARD	Thérapeutique chirurgicale

PROFESSEURS SANS CHAIRE

ROMAN	Parasitologie
CIER André	Pharmacie chimique et pharmacologie
FEROLDI	Anatomie pathologique
MORET	Physique biologique

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

TITULAIRES

CREYSSEL	Chimie biologique
THIVOLET	Hygiène
GARIN	Parasitologie
PINET	Electro-Radiologie
ODDOUX	Botanique et cryptogamie
De SOLLIERS	Chimie analytique
TOLOT	Médecine du travail
DESPIERRES	Médecine générale
GUYOTAT	Neuro-psychiatrie
DESCOTES	Chirurgie générale
JOUVET	Pathologie expérimentale
PEYRIN	Physique biologique
TOMASI	Anatomie pathologique

../...

MM.	BUFFARD	Electro-Radiologie
	LEJEUNE	Médecine générale et thérapeutique
	De MOURGUES F.	Stomatologie
	NAUSSAC	Maladies Infectieuses
	REBOUILLAT	Chirurgie générale
	ROMAGNY	Pédiatrie

M A I T R E S D E C O N F E R E N C E S A G R E G E S

S T A G I A I R E S

DUROUX	Anatomie
BRETTE	Thérapeutique
BOUCHET	Anatomie
FAVRE-GILLY	Hématologie
GIROD	Histologie et Embryologie
GRAS	Chimie biologique
MALLEIN	Chimie analytique
RIFFAT	Hygiène
FAUCON	Biologie médicale et pharmacodynamie
FLANDROIS	Physiologie
VIALLIER-RAYNARD	Bactériologie

A G R E G E S E N E X E R C I C E

BURTHIAUTL	Obstétrique
FRANCOIS	Pédiatrie et Puériculture
GIGNOUX	Oto-rhino-laryngologie
GUILLEMIN	Chirurgie générale
JAUBERT de BEAUJEU	Chirurgie générale
MARION Pierre	Chirurgie générale

../...

MM.	DUMAS	Stomatologie
	FRIES	Médecine générale
	GARMIER	Obstétrique
	LAMBERT	Médecine générale
	MICHOULIER	Chirurgie générale
	NOEL	Médecine générale
	ROBERT	Médecine générale
	SCHNEPP	Orthopédie.

E X A M I N A T E U R S D E L A T H E S E :

Messieurs les Professeurs :

ROCHE
BADINAND
COLIN
TOLOT

A nos Maîtres de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de CLERMONT-FERRAND.

Ils trouveront ici l'expression de notre gratitude pour tout l'enseignement qu'ils nous ont donné

A notre Maître, le Professeur Louis ROCHE

qui nous a donné le sujet de cette thèse et nous a assisté pendant toute l'élaboration de ce travail.

A tous les Professeurs

qui nous ont fait profiter de leur savoir et qui ont su nous inculquer l'esprit médico-légal.

A Messieurs les Professeurs BADINAND, COLIN, TOLOT qui ont gracieusement accepté de faire partie du jury de cette thèse, Nous leur devons nos remerciements les plus sincères.

L'EXPERTISE MEDICALE DE 300 CAS D'ACCIDENTS CORPORELS DUS A DES ACCIDENTS DE LA CIRCULATION

I N T R O D U C T I O N

Chaque année le Pouvoir public ne cesse d'alerter les usagers de la route sur le danger que représente celle-ci. Toute la presse en parle. L'Académie nationale de Médecine (séance du 14 Janvier 1958) dans une communication de M. RICHET Ch., MONOD R., A. MANS et M. ARNAUD, s'émeut à juste titre de ce fléau que représente la route. Sans vouloir revenir sur ce sujet, mieux développé ailleurs et par des spécialistes, nous nous proposons de voir ce que représente l'accident corporel de la route dans le cadre de l'expertise médico-légale.

L'article 1382 du Code Civil précise en ces termes : "Tout fait quelconque de l'homme qui cause un dommage à autrui, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer". Cet article est à la base du principe de réparation dans le cadre du Droit commun.

Il est évident que la réparation ne vise pas à rétablir l'intégrité de la personne humaine, modifiée dans sa personne physique ou sa personne morale à la suite d'un dommage subi. Du moins essaie-t-on d'offrir à la victime une réparation compensatrice car on n'efface pas une douleur éprouvée

Le Magistrat est seul juge pour distribuer cette réparation sous une forme pécuniaire. On voit tout de suite que la réparation ne saurait être équitable si le juge n'était éclairé sur la qualification des faits médicaux, faits qui dépassent sa compétence.

L'appréciation d'un dommage corporel est donc dévolue à un médecin, mais de plus en plus confiée à un médecin expert

habitué à ce genre de travail et mieux placé pour appliquer les principes juridiques correspondants aux différentes législations en matière d'accidents corporels. Et comme disait M. MICHEL FELD, Neurochirurgien dans sa publication sur les "traumatismes craniens des accidents d'automobile" :

.... "le Médecin est alors appelé à quitter ses fonctions de thérapeute pour donner un avis de technicien au service des instances administratives et juridiques".

Chaque expertise médico-légale se déroule suivant une règle précise et les résultats des investigations sont consignés dans un rapport rédigé en double exemplaire au minimum.

L'essentiel du présent travail trouve sa source dans les excellents rapports d'expertise de mon Maître le Professeur Louis ROCHE, médecin des Hôpitaux, Professeur de Médecine légale à la Faculté de Médecine de LYON, et s'inspire de ses travaux et publications.

Ainsi nous avons colligé 300 rapports d'expertise du droit commun dans lesquels l'accident est directement imputé à l'automobile et avons laissé de côté d'autres accidents de la route comme collision entre deux vélomoteurs ou cycliste contre piéton etc....

Et c'est à partir de cette distinction que nous avons orienté nos études.

Dans un premier temps nous avons dépouillé les dossiers et dréssé de grands tableaux sur chacun desquels

figurent les rubriques suivantes :

1° le numéro du dossier
2° le sexe de la victime
3° l'âge
4° le moyen de locomotion et la place occupée s'il s'agit d'une voiture automobile
5° la date de l'accident
6° l'heure de l'accident ; à ce propos on peut remarquer que nous n'avons pas toutes les heures correspondantes à chaque accident ; certaines victimes ne pouvant d'ailleurs préciser l'heure exacte de l'accident, surtout quand l'expertise est opérée parfois plusieurs années après.
7° une rubrique pour les accidents qui sont pris en charge par la sécurité sociale à titre d'"accident du trajet".
8° les lésions traumatiques initiales
9° la durée d'hospitalisation
10° la profession de la victime
11° la durée de l'incapacité temporaire totale
12° la reprise du travail ou non et éventuellement le changement de poste ou d'établissement
13° le taux d'incapacité permanente partielle
14° les différents éléments suivants :
- Prétium doloris
- Préjudice agrément
- Préjudice esthétique
- Les autres préjudices

15° les références judiciaires, que nous n'utiliserons pas dans ce traité.

Dans un deuxième temps, le travail a consisté en une sorte de dépouillement statistique dont les résultats sont consignés dans différents tableaux.

Il est évident qu'on aimerait trouver dans ce traité les facteurs influant directement ou indirectement sur un accident et notamment les facteurs matériels ou les facteurs humains.

Ces faits sont largement détaillés dans l'ouvrage intéressant publié sous l'égide du Ministère des travaux publics, des transports et du tourisme sous le titre : "Les accidents corporels de la circulation routière en 1954, puis en 1961".

Les résultats obtenus, les commentaires qui suivront sont vus à travers l'optique d'un médecin-expert devenu staticien qui ne peut confronter que les éléments à sa disposition.

Il nous a paru indispensable de définir ou expliquer certains termes médico-légaux familiers aux experts, qui prêtent souvent à confusion dès qu'ils se présentent à l'opinion commune.

I - CONDITIONS DES ACCIDENTS

A. Suivant le Sexe

B. Suivant l'Age

C. Suivant les Moyens de Locomotion

D. Age et Moyens de Locomotion

E. Sexe - Age et Moyens de Locomotion

F. Suivant les Heures

G. Les Accidents de Trajet suivant les Heures

A - SUIVANT LE SEXE

H	F
200	100

soit 1 F. pour 2 H. blessés.

Statistique nationale de 1954

a) Conducteurs et passagers, tous véhicules, blessés

H. = 94.138 sexe non précisé = 3294
F. = 31.422

soit 1 F. pour 3 H. blessés.

b) Piétons blessés

H. = 13.967
F. = 11.032 Sexe non précisé = 541

Soit une proportion sensiblement égale dans les deux sexes.

c) Total des blessés

H. = 108.105
F. = 42.454

Soit sur 7 blessés dans les accidents de la circulation routière, il y a 5 hommes et 2 femmes.

Nous remarquons d'après notre statistique qu'il y a deux fois plus de bléssés du sexe masculin. Ceci ne tient compte bien sûr que des cas où l'automobile est directement impliquée.

Est-ce à dire que les femmes font plus attention que les hommes ? La raison n'est certainement pas là. Nous verrons d'ailleurs par la suite que la majorité des accidents est due à la collision deux roues à moteurs contre automobile où nous enregistrons 76 bléssés hommes contre seulement 18 bléssés femmes. Ceci nous amène à penser que les femmes conduisent beaucoup moins ces engins.

Si nous nous référons à la conduite automobile nous avons eu à expertiser une seule femme conductrice contre 51 hommes conducteurs.

La statistique nationale de 1954 nous montre par contre qu'il y a eu parmi les conducteurs impliqués :

15.583 hommes
1.388 femmes

Ce qui revient à dire que 1 femme sur 11 hommes conduit.

A nombre égal de conducteurs causent-elles beaucoup moins d'accidents ?, La querelle est d'une trop brûlante actualité.

De toutes façons la statistique nationale de 1954 nous montre : Sur :

183.512 hommes conducteurs impliqués
102.276 sont sortis indemnes
Soit 56 % sortis indemnes.

et sur 16.198 femmes conductrices impliquées
3.947 sont sorties indemnes

Soit 24 % seulement sont sorties indemnes

Quand aux piétons bléssés la proportion est sensiblement égale dans les deux sexes, sans distinction de la nature des accidents.

Cette proportion rejoint la nôtre avec :

22 hommes
et
17 femmes

B - SUIVANT L'AGE

	H.		F.		Total	%
- 20	18	9%	15	15%	33	11%
21 - 30	45	22,5%	20	20%	65	21,7%
31 - 40	39	19,5%	18	18%	57	19%
41 - 50	37	18,5%	19	19%	56	18,6%
> 50	61	33,5%	28	28%	89	29,6%
	200		100		300	

	Vélomoteurs Motocyclettes cylindrée 50Cm		Cycles et 3cyclomoteurs 50 Cm3		Véhicules automobiles		tous véhicules y compris ceux de nature non précisée		Piétons		Total des victimes	
	Tués	blessés	tués	blessés	tués	blessés	tués	blessés	tués	blessés	tués	léssés
0 - 4	1	98	8	181	46	853	58	1219	122	1292	180	2510
5 - 14	9	527	59	2160	67	2210	140	4993	186	4257	326	9250
15 - 24	547	14226	319	11151	285	6649	1162	32403	81	2695	1243	35098
25 - 59	1241	24161	1145	22867	1293	28128	3783	76460	507	10327	4290	86787
> 60	75	833	423	4037	237	3660	772	8777	634	6716	1406	15493
Age non précisé	15	1081	16	622	42	3093	80	5002	14	254	94	5256
Totaux	1888	40966	1970	41018	1970	44593	5995	128854	1544	25540	7539	154394

STATISTIQUE NATIONALE DE 1954, (Conducteurs et passagers)

Parmi les piétons tués :

- les adolescents et les jeunes gens (81 tués de 15 à 24 ans) sont moins nombreux que les enfants (186 tués de 5 à 14 ans) et beaucoup moins nombreux que les vieillards (634 tués de + de 60 ans).

- Les jeunes enfants (0 - 4 ans) et les personnes agées de plus de 60 ans réunissent à eux seuls la moitié des décès enregistrés (756 sur 1544).

STATISTIQUE DE L'O.N.S. DE 1958 CONCERNANT LES ACCIDENTS CHEZ LES JEUNES

Nous nous apercevons quant à nous que le pourcentage des blessés expertisés est nettement supérieur avec 29,6% dans la tranche d'âge au-dessus de 50 ans. Le groupe 21 à 30 ans vient immédiatement après avec 21,7%.

La statistique nationale qui considère les accidents sans distinction trouve un chiffre maximum avec 86 787 blessés. Ce chiffre ne nous éclaire qu'aasez relativement car la marge entre 25 à 59 ans

est beaucoup trop grande. Compte tenu de la marge relativement faible : 15 à 24 ans, nous constatons par contre que les chiffres 35 098 blessés sont très évocateurs.

Ce tableau de la statistique nationale est très significatif quand on constate que parmi les piétons tués :

- les adolescents et les jeunes gens (81 tués de 15 à 24 ans) sont moins nombreux que les enfants (186 tués de 5 à 14 ans) et beaucoup moins nombrux que les vieillards (634 tués au-dessus de 60 ans).

- les jeunes enfants (0 à 4 ans) et les personnes âgées de plus de 60 ans réunissent à eux seuls la moitié des décès enregistrés (756 sur 1544).

Dans notre statistique nous voyons que le nombre des blessés entre 31 à 40 et 41 à 50 ans vient en troisième position et le pourcentage est sensiblement identique dans ces deux groupes. Si une courbe était tracé, nous assisterions à une espèce de plateau entre 31 et 50 ans.

Le pourcentage le plus faible est au-dessous de 20 ans. Dans ce groupe, le nombre d'accidentés est sensiblement égal dans les deux sexes. Par contre, à partir de 21 ans il y a tout de suite environ deux fois plus d'homme accidentés par rapport au nombre des femmes.

Hormis le cas où au-dessus de 50 ans nous avons eu à expertiser beaucoup plus d'accidentés que chez les plus jeunes, nous remarquons toutefois que, tandis que à tous les âges les chiffres ne sont pas tellement différents chez les femmes, chez les hommes tout est plus ou moins concentré entre 21 et 30 ans.

La statistique de l'OMS comparant la mortalité chez les jeunes par rapport à toutes autres causes de décés montre la prépondérance du nombre d'accidents chez le sexe masculin. Le pourcentage y est le plus fort entre 15 à 19 ans puis entre 20 et 24 ans.

Sur 200 accidentés du sexe masculin nous avons quant à nous enregistré 22,5% entre 21 et 30 ans ; 9% seulement au-dessous de 20 ans. Par contre au dessus de 50 ans nous avons tout de suite 33,5%.

C - SUIVANT LES MOYENS DE LOCOMOTION

à pied	39	13 %
en bicyclette	22	7,3 %
Sur deux roues à moteur	94	31,3 %
(Auto) Conducteur	52	17,3 %
(Auto) Passager avant droit	67	22,3 %
(Auto) Passager arrière	24	8 %
Véhicule Hippomobile	2	0,66 %

Sur 154.394 blessés dans la Statistique de 1954 il y a :

- Piétons = 16,54 %
- Cycles = 17,17 %
- 2 roues à moteur = 36,93 % (Cyclomoteurs + Motocyclettes + Vélomoteurs)
- Automobiles (Conducteurs) = 11,21 %
  (Passagers) = 17,67 %
- Divers : le reste

Sur 213.604 blessés en 1961

Piétons = 14,66 %
Cycles = 8,02 %
2 roues à moteur = 36,74 %
Auto tourisme (Conducteur) 15,11 % (passager) 20,14 %

Statistique de BOURRET (de Salon) en 1959 indiquant les places occupées par 376 occupants de voitures accidentées

Conducteur =	153	120 blessés	9 tués
Passager avant =	130	106 "	16 "
Passager arrière	93	59 "	3 "

Conducteurs sortis indemnes = 15 %
Passagers avant sortis indemnes = 6,1 %
Passagers arrière sortis indemnes = 33,3 %

Le fait d'être accidenté sur l'automobile ou par le fait de l'automobile diffère des moyens de locomotion.

Le tableau dressé plus haut nous montre clairement le risque que représente les deux roues à moteur pour leurs usagers. En effet, sur 300 accidents 31,3 % étaient des usagers de ces engins à deux roues. Ce pourcentage est certainement très élevé si l'on tenait compte des autres causes d'accidents. En effet, si nous nous référons à la statistique nationale nous trouvons pour cette catégorie presque 37 %. Cette statistique ayant eu à dénombrer le nombre d'usagers tués trouve qu'il y a autant de tués parmi les usagers des seuls cycles et cyclomoteurs (sans compter les motocyclettes et les vélomoteurs) que dans l'ensemble des personnes transportées en automobile.

Dans nos résultats viennent en deuxième position le nombre des blessés passagers-avant avec 22,3 %. Cette place avant-droite mérite vraiment le qualificatif de "place du mort", comme le montre toutes les statistiques qu'on puisse comparer.

La statistique de BOURRET (De Salon) en 1959 est très éloquente. En effet, sur 130 passagers avant il a eu à dénombrer 106 blessés et 16 tués, soit 122 victimes. Parmi ces 130 il n'y a eu donc que 8 passagers sortis indemnes. En comparant les trois places occupées nous voyons qu'il y a eu :

- 15 % de conducteurs sortis indemnes
- 6,1 % de passagers avant sortis indemnes
- 33,3 % de passagers arrière sortis indemnes,

la place arrière étant par conséquent la moins exposée. Nous n'avons eu que 8 %. d'accidentés dans notre statistique.

Sans pouvoir en tirer une conclusion formelle, on pourrait comparer les pourcentages en ce qui concerne les piétons et les usagers des cycles dans les deux tableaux ci-dessous :

- Piétons = 16,54% (statitique nationale
  = 13% (notre tableau).

- Cycles = 17,17% (statitique nationale)
  = 7,3% (notre tableau).

Ce qui reviendrait à dire qu'en ce qui concerne ces deux catégories, 3,5% seulement des piétons sont accidentés par le fait de causes autres que l'automobile, tandis que près de 10% d'usagers de cycles trouve leur cause accidentelle ailleurs.

Le Service d'Etude et de Recherches des Laboratoires MIDY conclue en ces termes : "En 1956, plus de 51% des tués et plus de 53% des blessés furent des usagers de véhicules à deux roues, dont 90% avaient de 16 à 24 ans. Constatation effarante, l'accident de la route représente chez l'adolescent la cause la plus importante de la mortalité.

MM.	DUMAS	Stomatologie
	FRIES	Médecine générale
	GARNIER	Obstétrique
	LAMBERT	Médecine générale
	MICHOULIER	Chirurgie générale
	NOEL	Médecine générale
	ROBERT	Médecine générale
	SCHNEPP	Orthopédie.

E X A M I N A T E U R S D E L A T H E S E :

Messieurs les Professeurs :

ROCHE

BADINAND

COLIN

TOLOT

STATISTIQUE NATIONALE : Age des conducteurs et des piétons

	Conducteurs de vélomoteurs et motocyclettes, scooter	Conducteurs de véhicules automobiles	Piétons
0-4 ans			1291
5-14 ans	163	143	4257
15-24 ans	10700	1871	2695
25-59 ans	19919	13479	10327
+ de 60 a	666	1122	6716
non précisé	742	697	254
	32 190 blessés	17 312 blessés	25 540 blessés

Une autre classification instructive concerne la répartition des accidents en fonction de l'âge et des moyens de locomotion.

En effet nous venons de voir que le risque encouru par les usagers de motocyclettes et de vélomoteurs est très grand. Ce fait est-il uniquement l'apanage des adolescents et des sujets jeunes ? La prédominance des sujets jeunes accidentés par ces moyens de locomotion est évidente. Cependant on peut noter d'après notre tableau que ce risque dans être toutefois catastrophique ne l'est pas moins grand entre 41 et 50 ans.

Dans cette catégorie de moyens de locomotion, notre attention est attirée par le chiffre comparativement faible (14 accidentés) dans la tranche d'âge 31 à 40 ans.

Pourrions nous déduire de ce fait, que si entre 21 et 30 ans le risque vient d'un défaut de prudence, entre 41 et 50 ans d'un défaut de "reflexe" ou de vigilance, le chiffre assez bas (14 entre 31 et 40 ans) s'expliquerait par le fait que dans cette tranche d'âge, la prudence va de pair avec le reflexe ?

Quant aux usagers des bicyclettes ou aux piétons, le risque d'être blessés par le fait de l'automobile est grand au dessus de 50 ans.

Si l'on considère la catégorie conducteurs d'automobile et sans considération du fait s'ils sont la cause ou la victime d'accidents, nous voyons que le nombre d'accidentés augmente progressivement avec l'âge. Au dessus de 50 ans, nous enregistrons 15 sur 52 conducteurs, soit près de 29 %. Nous verrons par la suite que presque tous ces conducteurs sont du sexe masculin. Nous remarquons dans la statistique nationale : 13.479 conducteurs bléssés sur 17.312 entre 25 et 59 ans. La marge étant trop grande, nous ne pouvons nous faire une idée exacte de la progressivité du nombre d'accidentés en fonction de l'âge dans cette catégorie, comme nous le constatons dans notre tableau.

Mis à part le nombre de piétons accidentés entre 25 et 59 ans, nous constatons que les chiffres que nous avons

enregistrés tout à fait comparable à ceux de la statistique nationale.

En conclusion nous pouvons dire ; que lespiétons doivent faire plus attention plus particulièrement au dessus de 50 ans; pour les conducteurs de deux roues à moteur, l'âge critique est entre 21 et 30 ans puis entre 41 et 50 ans ; pour les conducteurs de véhicules automobile l'âge mùr est certainement un handicap majeur.

E - SEXE - AGE ET MOYENS DE LOCOMOTION

	Hommes						Femmes					
	≤20	21-30	31-40	41-50	>50	total	≤20	21-30	31-40	41-50	>50	Total %
A pied	2	1	2	3	14	22	2	1	1	2	11	17
Bicyclette	2	0	2	3	10	17	1	0	2	2	0	5
2 roues à moteurs	10	24	12	16	14	76	3	4	2	5	4	18
Auto conducteurs	1	9	12	14	15	51	0	1	0	0	0	1
Auto passagers	3	11	11	0	8	33	9	14	13	10	12	58
Véhicules hippomobiles	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1
Total	18	45	39	37	61	200	15	20	18	19	28	100
% Séparément	9 %	22,5%	19;5%	18,5%	30,5%		15%	20%	18 %	19 %	28 %	
% sur 300 Acc.	6 %	15%	13%	12,3%	20,3%		5%	6,6%	6%	6,3%	9,3%	

Après avoir étudié l'incidence des moyens de locomotion en fonction de l'âge, nous allons essayer de connaître l'influence d'un troisième facteur ; le sexe. Nous avons pu dénombrer 39 piétons accidentés par l'automobile et avons remarqué que 25 d'entre eux étaient âgés de plus de 50 ans. Au dessous de cet âge, les nombres d'accidentés se répartissent d'une façon sensiblement égale dans les deux sexes. Au dessus, nous constatons également qu'il y a presque autant d'accidentés de sexe féminin que de sexe masculin.

Quant aux usagers des bicyclettes nous voyons qu'il y a un "trou" entre 21-30 ans dans les deux sexes et un autre au-dessus de 50 ans chez le sexe féminin.

Dans cette catégorie de moyens de locomotion, nous enregistrons 17 hommes contre 5 femmes. Ceci reviendrait à dire que si au-dessus de 50 ans les femmes n'utilisent guère ce moyen de locomotion, les hommes par contre l'empruntent encore mais au risque de payer un lourd tribut (sur 17 accidentés 10 avaient plus de 50 ans).

Sur les 94 usagers des deux roues à moteur, il y a 76 hommes et 18 femmes, soit 4 fois plus d'hommes. Dans cette catégorie de moyens de locomotion les accidents chez les femmes se répartissent d'une façon plus ou moins égale à tous les âges. Par contre, chez les hommes, nous avons des chiffres assez élevés entre 41-50 et très élevés dans la tranche d'âge 21-30 ans.

Pour ce qui est des conducteurs d'automobile, nous avons sur 52 conducteurs, 1 seule femme.

Dans le tableau précédent : âge et moyens de locomotion, nous notons 10 passagers accidentés entre 41-50 ans. Il est curieux de constater ici que ces passagers étaient tous du sexe féminin.

En regardant les pourcentages au bas des colonnes, nous remarquons qu'au dessus de 50 ans il y a plus d'accidentés que parmi les sujets âgés de 21 à 30 ans, aussi bien dans l'un que dans l'autre sexe. Chez les hommes il y a presque autant d'accidentés au-dessous de 30 ans (45+18 = 63) qu'au dessus de 50 ans (61).

Pour 300 accidentés, 20,3 % étaient des hommes âgés de plus de 50 ans (les plus nombreux) suivis immédiatement par les jeunes accidentés (21 à 30 ans) : 15 % .

F - SUIVANT LES HEURES CONNUES

Heures	Piétons	Bicyclette	2 roues à moteur	Auto	Total	%
4h à 6h		1	2	4	7	4%
6 à 8	1	3	5	4	13	7%
8 à 10	2		2	3	7	4%
10 à 12	3	1	7	5	16	9%
12 à 14	1	2	8	6	17	9,5%
14 à 16	3	1	15	9	28	15,7%
16 à 18	4	2	7	6	19	10,6%
18 à 20	14	1	15	13	43	24%
20 à 22	1		4	11	16	9%
22 à 24			3	4	7	4%
24 à 4h			1	4	5	2,8%
	29	11	69	69	178 accidentés	

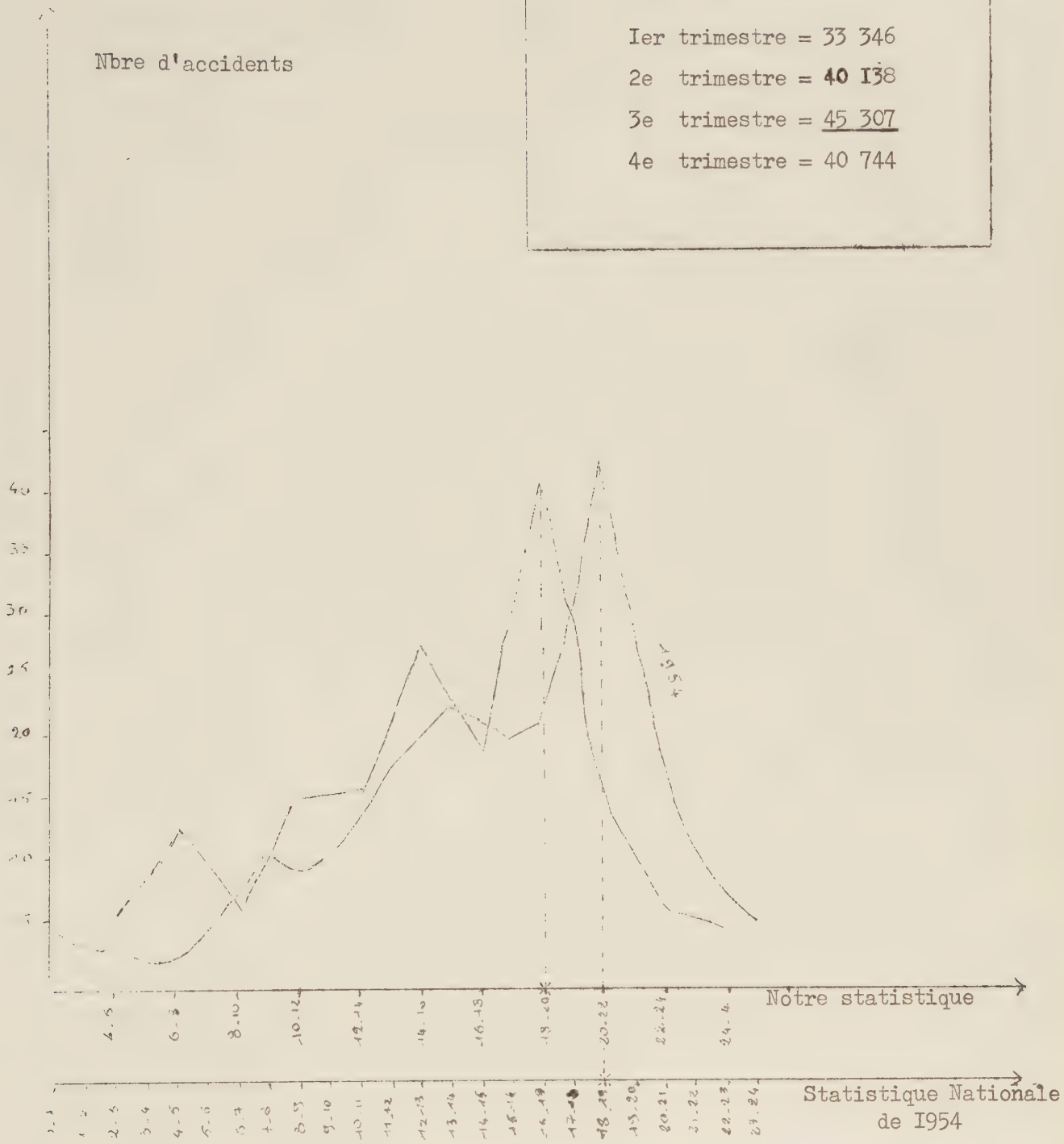
En I96I : Accidents corporels = I59 535

Ier trimestre = 33 346

2e trimestre = 40 I38

3e trimestre = 45 307

4e trimestre = 40 744



La répartition horaire des accidents est très significative. Nous remarquons que sur 178 accidents dont les heures nous sont connues, le quart se sont produits entre 18 et 20 h. Toutes les statistiques démontrent qu'en fin de journée les accidents sont plus nombreux.

Malgré le petit nombre de cas étudiés on peut constater que la courbe que nous avons dressée représentant le nombre d'accidents en fonction de l'heure est presque superposable avec celle de la statistique nationale. Que peut-on conclure de ce fait? Il faut dire qu'entre 18 et 20 heures la circulation est la plus intense et que les risques de collisions seraient plus grands. Or, le Service d'Etudes et Recherches MIDY rapporte que les chercheurs de l'Institut de STOCKHOLM ayant choisi des itinéraires où le trafic est le même le matin et le soir,ont noté tous les incidents qui s'y produisaient et ont remarqué qu'en fin de journée il y a 60% de plus d'accidents que dans la matinée. En somme si l'intensité de la circulation n'est qu'une cause favorisante, la cause déterminante est certainement le facteur humain (fatigue de la journée, soucis, distractions, etc ....., toute chose qui diminue la vigilance et allonge le temps de reflexe nécessaire pour éviter un accident).

La connaissance de cette répartition horaire des accidents doit être indispensable non seulement au service public afin d'intensifier les mesures de prévention et mobiliser toutes les équipes de secours à ces heures de pointe mais également aux médecins traumatologues qui doivent s'attendre à des interventions d'urgence à ces heures là.

En regardant cette répartition suivant les usagers on remarque curieusement, pour les piétons par exemple, que sur 29 accidents, 14 l'ont été entre 18 et 20 heures. Quant aux usagers des deux roues à moteurs, on note une recrudescence des accidents, d'abord entre 14 et 16 heures et ensuite entre 18 et 20 heures. Par contre les heures dangereuses pour les automobilistes sont 18 à 20 heures et 20 à 22 heures. Les heures les moins sanglantes sont respectivement 8 à 10 heures du matin et au delà de 24 heures.

Signalons en passant que les accidents survenus la nuit sont plus graves et que la plupart des statistiques révélent que 36 à 40% des accidents ont lieu les samedis, dimances et jours fériés, le nombre d'accidents mortels pendant les week-end de la belle saison est particulièrement impressionnant.

G.- LES ACCIDENTS DU TRAJET SUIVANT LES HEURES CONNUES

	Piétons	bicyclette	2 roues à moteur	auto	TOTAL
5h à 8h		3	7		10
11h30-13h	1		5	2	8
13h-14h 30	1	1	4	3	9
17 h-20 h	6	1	9	5	21
non précisé	1	4	9	4	18
	9	9	34	14	66

La notion d'accident du trajet énoncée par la loi du 23 Juillet 1957 représente un élément fondamental dans l'appréciation de la réparation en matière d'accident corporel.

Un accident subi par un ouvrier ou un employé pendant son trajet de son lieu de travail à son domicile est pris en charge comme accident du travail ; de même un représentant accidenté lors de l'exercice de sa fonction bénéficie de cette prise en charge.

"Tout accident survenu entre la résidence principale et le lieu du travail est assimilé à un accident du travail" : tel est la définition égale de l'accident du trajet. Mais un sujet peut s'arrêter dans un café avant de rentrer chez lui. Un problème s'est donc posé la dessus. Une jurisprudence importante s'est élaborée. Actuellement on admet comme accident du trajet, un accident survenu lors d'un déplacement entre le lieu de travail ou l'usine et le restaurant et le domicile quand l'arrêt n'est pas prolongé ou quand il est court. Le détournement ou l'interruption dans le trajet habituel et l'entreprise ne sont pas pris en charge.

En pratique il existe un litige fréquent sur la détermination du trajet direct entre le lieu du travail et la résidence. Dans un tout autre domaine, l'accident peut être dû à un tiers responsable et dans ce cas, légalement il y a deux problèmes différents.

La sécurité sociale prend l'accident comme un accident du travail, verse les prestations et la rente s'il persiste une incapacité permanente.

D'autre part l'intéressé renversé peut poursuivre dans le cadre du droit commun l'automobiliste pour lui demander le remboursement des prestations auxquelles il a droit.

Or, il y a deux appréciations médico-légales différentes pour le même accident et les mêmes séquelles qui en résultent dans le cadre de la sécurité sociale et dans le cadre du droit commun.

Lorsque le procès du D.C est terminé la sécurité sociale a la priorité, pour se faire rembourser de toutes ses dépenses sur la somme versée dans le cadre du droit commum.

Un accident survient dans le cas présent :

la sécurité sociale paye les frais de soins, verse une somme à la victime sous forme d'indemnité journalière pendant la période dite d'incapacité temporaire qui va du premier jour suivant l'accident jusqu'à la consolidation ou la guérison apparente. Cette indemnité est égale à la moitié du salaire de base pendant les quatre premières semaines puis aux 2/3 après. Ensuite elle fixe le taux d'incapacité et calcule le capital nécessaire pour la rente suivant l'âge de l'intéressé.

Le "DC" rembourse : la journée intégrale
- les frais de soins
- l'I.P.P.
- les préjudices

La somme versée forme un tout global dans laquelle on ne peut pas distinguer la part attribuée aux préjudices subis par l'intéressé.

Il arrive cependant que la responsabilité de l'auteur n'est pas toujours totale ce qui introduit la notion de responsabilité partagée. On calcule le dommage subi par la victime et le responsable verse la moitié, les deux tiers ou le quart selon sa responsabilité.

La sécurité sociale prend ce qu'on lui doit dans cette somme et de priorité, tant et si bien qu'il arrive que la victime ne touchera rien.

Après cet aperçu de l'accident du trajet et sur les problèmes qu'il représente et auquel nous attachons une plus grande importance essayons de voir le point de vue statistique.

Sur 300 accidents corporels expertisés nous voyons 66 accidents du trajet soit 22 %.

Nous avons répartis ces accidents d'une façon arbritaire suivant les heures présumées des déplacements pour se rendre au travail ou celles des sorties.

18 cas n'ont pu être répartis, les heures n'étant point précisées. Sur le peu de cas qui nous rest nous pouvons toutes fois faire remarquer le fort pourcentage d'accident de trajet pour les piétons entre 17 et 20 heures. Pour les usagers des deux roues à moteur une concentration de 5 à 8 heures du matin et de 17 à 20 heures.

Sur 66 accidents du trajet 21 sont survenus entre 17 et 20 heures, soit environ 33 %.

II - LES LESIONS TRAUMATIQUES

A. LES TYPES DE LESIONS EN GENERAL

B. LES TYPES DE LESIONS SUIVANT LES MOYENS DE LOCOMOTION.

A - LES TYPES DE LESIONS EN GENERAL

346 LESIONS

Crâne ± grave y compris les fractures		63	18,3 %	par rapport au nombre de lésions 22,1 %
Face (maxillaire +++)		13	3,8 %	
Col. cervicale (luxation / fracture)		7	2,03 %	4,33 %
Col. Dorsale lombaire		8	2,3 %	
Bassin		13	3,78 %	
Thorax	côtes ++++ clavicule +++ omoplate ++ sternum +	38	11 %	
M.Sup.	avant-bras ++++ mains +++ humérus ++ épaule +	28	8,1 %	30,1 %
M.Inf.	fémur ++++ jambe +++ rotule ++ pied +	76	22 %	
contusions, plaies, trauma diffus ou bénins y compris crânes bénins		98	25,5 %	
Polytraumatismes		46 sur 300 accidents	15 %	

TABLEAU DES DOMINANTES LESIONNELLES CHEZ LES GRANDS BLESSES DE LA ROUTE (Marcel Arnaud)

1° - Régions axiales du corps : 58% dont :

crâne et face	=	40%
Thorax	=	7%
Rachis	=	5%
Bassin	=	4%
Abdomen	=	2%

2° - Membres : 42% dont

Membres inférieurs	=	28%
Membres supérieurs	=	14%

Avant d'aborder le commentaire correspondant aux types de lésions en général, il convient de préciser que dans ce chapitre nous n'avons pas séparé les lésions survenues chez les piétons des lésions survenues chez les automobilistes par exemple.

On pourrait aborder le chapitre en se demandant plutôt quelles sont les lésions observées quand l'automobile est directement impliquée dans un accident corporel.

Convenons tout de suite que ce chapitre n'a aucune prétention d'originalité car il est malaisé de vouloir comparer les lésions observées par le fait de l'automobile de celles dues à un accident banal.

Toutefois ce chapitre trouve sa place pour nous faire souvenir que les blessés de la route sont souvent des polytraumatisés et que les lésions sont souvent beaucoup plus importantes que ne pourrait le faire suspecter la clinique. A partir de cet instant on pourrait poser l'équation :accident de la route = polytraumatisme.

Bien souvent, hélas, une lésion importante accapare d'emblée notre attention et attribuons à ce premier fait constaté tous les désordres secondaires. Or, derrière une simple contusion peut se cacher une fracture de la colonne vertébrale, un traumatisme cranio-cérébral évident peut masquer les troubles dus à un enfoncement thoracique. Les traumatisés craniens étant rarement "choqués", un état de choc important doit nous faire suspecter une autre origine. C'est dire l'importance d'un premier examen méthodique qui seul permettra d'instituer le geste thérapeutique efficace, sans oublier que dans le cas d'une exploration négative une lésion méconnue peut ne se révéler qu'à un stade beaucoup plus tardif.

Donc, sur les 300 accidentés, nous avons pu dénombrer, n'ayant relevé que les essentielles, 346 lésions, soit 46 polytraumatismes. Ceux-ci représentent alors 15% par rapport au nombre d'accidents. Ce pourcentage est fréquemment pris par défaut quand on pense au nombre de lésions associées supposées souvent comme peu importantes.

Auparavent, nous avons signalé le nombre d'accidents suivant les moyens de locomotion et avons dénombré :

39 piétons

22 + 94 = 116 usagers des deux roues

52 + 67 + 24 = 143 occupants de l'automobile, soit une majorité d'usagers de ce véhicule.

On peut remarquer tout de suite 98 cas, soit 25,5% de contusions bénignes, plaies, traumatismes diffus. A ce sujet, on peut de rappeler la réflexion de mon maître, le Professeur Louis ROCHE, qui disait:" les accidentés de l'automobile ou ils sont morts, ou ils n'ont rien du tout". Cette réflexion émise quant à son expérience des faits constatés lors des expertises ne doit cependant pas faire oublier la gravité toujours imminente des manifestations dans l'immédiat.

Après les plaies et contusions, notons la vulnérabilité des membres inférieurs avec 76 cas, soit 22% parmi lesquels nous avons remarqué par ordre de fréquence les fractures du col du fémur et de la diaphyse fémorale, les fractures des deux os de la jambe avec quelques cas seulement de fractures ouvertes, les fractures de la rotule ou des plateaux tibiaux et en dernier lieu quelques fractures des os du pied. Ce chiffre élevé ne surprend pas. Nous verrons d'ailleurs par la suite que ce type de lésion est fréquent chez les usagers des deux roues et chez les piétons.

Sous la rubrique "crâne" qui vient en troisième position ou la deuxième si l'on tient compte des lésions bien définies, nous avons réuni soit les simples fractures du crâne, soit les traumatismes crania-cérébraux suivis de perte de connaissance plus ou moins longue, de syndrôme neurologique ou végétatif plus ou moins accusés.

Nous en avons dénombré 63 cas soit une proportion assez élevée avec 18,3%. Si l'on retient que les traumatismes cranio-cérébraux qui guérissent sans nécessiter d'intervention

chirurgicale mais qui se distinguent des autres traumatismes par la particularité de leurs séquelles grévées de tout un complexe psychopathologique, alors, ce chapitre doit attirer davantage notre attention. L'appréciation des séquelles d'un traumatisme cranien représente en effet la tâche la pluz ingrate de l'expertise médico-légale. Aussi n'ayant pas à étudier expressement dans ce travail les données cliniques ou para-cliniques pour discuter de l'incapacité résiduelle de ce traumatisme, il nous a paru utile de donner un bref aperçu des sequelles principales des traumatismes craniens.

Si on élimine les complications d'ordre chirurgicale comme hématome sous et extre dural, abcès du cerveau ou le pneumatocèle, les traumatismes craniens laissent souvent soit des séquelles neurologiques soit des séquelles psychiques soit encore des syndrômes dits subjectifs.

Les séquelles neurologiques en elles-mêmes ne posent pas tellement de problème car on arrive toujours à objectiver les faits. Par contre, les séquelles psychiques ou les syndrômes subjectifs sont d'abord plus délicat. En fait de séquelles psychiques, il s'agit soit d'une atteinte de la sphère intelectuelle caractérisée sous la forme d'une démence post-traumatique avec affaiblissement global de l'intellect, perte de mémoire ou du jugement, apathie et désoreintation dans le temps ou dans l'espace, trouble du vocabulaire et trouble praxique, soit d'une atteinte de la sphère affective manifestée sous la forme d'un syndrôme dit de névrose post-traumatique et composée d'un tableau clinique à symptomatologie soit émotivo-anxieuse, soit neuro-psychasthénique (asthénie, manque de gout au travail, tendance hypocondriaque) soit encore

d'un état dépressif fréquent à l'âge moyen. Comme il fallait tous les cas intermédiaires peuvent exister.

Les tests psychologiques nous sont ici d'un précieux secours afin de découvrir un "état antérieur" prédisposant. Toutefois, ces névroses post traumatiques doivent être distinguées de la sinistrose que BRISSOT qualifiait "d'état mental de certains accidentés qui exagèrent leur impotence fonctionnelle, prolongent leur inaptitude au travail, enrichissent les séquelles objectives d'une série de malaise subjectif".

Enfin, le syndrôme dit subjectif décrit depuis 1916 représente une entité clinique spéciale et constitue une complication fréquente des commotions cérébrales. Il s'agit, soit d'une céphalée variable dans le temps, variable dans sa localisation mais bien souvent localisée au point d'impact, soit encore d'une sensation vertigineuse parfois déclenchée par le simple changement de position de la tête. Il peut s'agir encore d'une perte de mémoire avec atteinte surtout de la mémoire de fixation ou d'une difficulté de concentration au travail ou d'un trouble de caractère.

Dans tous les cas, ce syndrôme, d'évolution favorable spontanément dans un délai de 18 mois à 2 ans, se caractérise par la négativité des examens cliniques ou para-cliniques. Mais, en expertise,comme il y a toujours un but utilitaire, on voit encore des gens qui s'en plaignent plusieurs année après. Or un interrogatoire précis, un examen bien conduit permettent d'apprécier l'importance de ces manifestations dites subjectives. Louis ROCHE et Charles André REYNAUD dans leur travail "l'appréciation du dommage corporel dans le cadre du droit

commun" disaient "En somme, on est frappé de voir la précision et la rapidité des réponses de celui qui souffre réellement et l'imprécision et rapidement l'absence de réponse de celui qui est obligé de réfléchir sur ce qu'il doit répondre."

Et puisque on admet le retentissement de ces troubles sur la sphère affective et le rendement social il est indispensable de les apprécier à leur juste valeur.

Pour en revenir à la fréquence des lésions suivant la région du corps, nous remarquons 11% de lésions osseuses thoraciques parmi lesquelles les côtes sont les plus atteintes puis suivent les fractures de clavicule.

Parmi les autres lésions nous constatons un total sensiblement égale de lésions de la face, du rachis et du bassin. A titre comparatif, nous avons rapporté le tableau des "dominantes lésionnelles chez les grands blessés de la route." de Mr. ARNAUD

Tandis que celui-ci trouve 40% de lésions du crâne et de la face, nous n'avons relevé que 22,1%. Les deux pourcentages concorderaient si nous n'avions pas compté à part les traumatismes craniens sans traduction clinique bien définie. Les autres pourcentages sont sensiblement identiques mis à part les lésions des membres supérieurs où nous trouvons un chiffre nettement plus bas. Nous n'avons pas trouvé une explication à ce fait. En résumé, la traumatologie de l'automobile affecte avec plus de prédilection les régions extrêmes du corps (membres inférieurs et crâne) et la partie moyenne, le thorax.

Les types de lesions suivant les moyens de locomotion (346 Lésions)

	39 à pied	22 en bicyclette	54 sur écoute à moteur	52 AC	67 (A pass. Av. D)	24 A pass Ar	TOTAL
CRANE ± face y compris les fractures (13)	7,9% 5 12,8%	9,5% 6 27,2%	28,6% 18 19,1%	17,4% 11 21,1%	22,2% 14 20,8%	14,2% 9 37%	63
face maxillaire) +++	23% 3 7,6%		30% 4 4,2%	23% 3 5,7%	23% 3 4,5%		13
col cervical (lux. fract)			14% 1 1%	42,8% 3 5,7%	25,7% 2 3%	14% 1 4,1%	7
col. dorsale et lombaire	12,5% 1 2,5%		12,5% 1 1%	25% 2 3,8%	37,5% 3 4,5%	12,5% 1 4,1%	8
bassin	30% 4 10,2%		7,7% 1 1%	15,4% 2 3,8%	38% 5 7,4%	7,7% 1 4,1%	13
THORAX cot. ++++ clavicule +++ omoplate ++ sternum +	15,7% 6 15,4%	7,8% 3 13,6%	31,5% 12 12,7%	15,7% 6 11,3%	21% 8 12%	7,8% 3 12,5%	38
M Sup. AV. BRAS ++++ MAINS +++ HUMÉRUS ++	18,5% 5 12,8%	3,6% 1 4,5%	35,7% 10 10,6%	14,2% 4 7,5%	14,2% 4 6%	14,2% 4 16,6%	28
M Inf. FÉMUR ++++ JAMBE +++ ROTULE ++ PIED +	22,3% 17 43,5%	5,2% 4 18,1%	52,5% 40 42,5%	3,9% 3 5,7%	10,5% 8 12%	5,2% 4 16,6%	76
CONTUSIONS, plaies TRAUMA diffus U. COMPRIS CRÂNES BÉNINS.	6,1% 6 15,4%	13,2% 13 59%	24,4% 24 25,5%	22,4% 22 42,2%	26,4% 26 38,8%	7,1% 7 29%	98
TOTAL et % par rapport au nombre de lésions	47 13,5%	27 7,8%	111 32%	56 16%	73 21%	30 8%	
POLYTRAUMATISME % par rapport au nombre d'usagers par catégorie	8 20,5%	5 22,7%	17 18%	4 7,6%	6 8,9%	6 2,5%	

DANS LE SENS VERTICAL PAR RAPPORT AU NOMBRE D'USAGERS

% %

DANS LE SENS HORIZONTAL

Ce chapitre détaillant le nombre et le type de lésions suivant les moyens de locomotion est intéressant à suivre.

Quant on veut différencier les types principaux de lésions prédominantes chez tels ou tels usagers d'un moyen de locomotion il est indispensable de savoir quel risque représente pour l'homme une telle machine, ceci revient à étudier ne serait-ce que d'une façon sommaire les mécanismes des accidents de la voie publique.

Une grande partie de ce travail a été bien étudiée par Jacques LECOEUR (Paris) dans la presse médicale du 23 Juin 1962 et magistralement traitée par Marcel ARNAUD dans son livre paru en 1961 "les blessés de la route". Cependant, leurs études ont été essentiellement portées sur les usagers de l'automobile.

Notre statistique étudie d'une façon générale tous les accidents que peut occasionner l'automobile directement.

Aussi,si l'on veut comparer les résultats obtenus, il est bien évident qu'on trouvera dans notre statistique des chiffres et pourcentage nettement inférieurs en prenant pour chaque catégorie d'usagers la fréquence, en pourcentage, d'une lésion par rapport au nombre total de lésions de ce type.

Nous avons tenu quant à nous à diriger notre étude dans tel sens car si nous n'oublions pas le danger que représente la voiture pour leurs usagers, nous avons compris éga-

lement le risque qu'elle représente pour les autres usagers de la route.

Sans vouloir faire le procès de l'automobile nous avons voulu toutefois nous en tenir à la rigueur des faits ; et le fait est que si nous enregistrons 143 blessés usagers de l'automobile, nous notons 157 autres victimes ce qui est loin d'être négligeable.

Quelles sont les lésions traumatiques rencontrées ? Quelles peuvent être leur mécanisme ? C'est ce que nous allons essayer de rapporter.

Rappelons tout d'abord, que sur les 39 piétons accidentés, 25 étaient âgés de plus de 50 ans, soit une proportion de 64 %.

Chez les piétons les lésions initiales peuvent être divisées en :

1°) <u>Lésions de tamponnement</u>

- soit ecchymoses localisées
- soit des fractures directes { côtes / bassin / membres inférieurs
- soit des plaies en rapport avec un agent percutant.

2°) <u>Lésions de chute ou de projection</u>

Ces lésions sont beaucoup plus sévères que les premières et suivant la violence avec laquelle le choc a été portée on peut observer soit des simples lésions de tamponnement

soit associées à des lésions de projection (fractures indirecte par exemple).

Il arrive aussi que les piétons soient trainés sur une certaine distance. On peut observer dans ces cas en plus des lésions majeures des érosions cutanées, soit des ecchymoses multiples siégeant on peu partout mais généralement d'un seul côté (mains, poignet, front, genou...). Nous avons rangé ces types de lésions parmi les contusions ou traumatismes diffus). Dans cette chute, le piéton par réflexe retombe sur ses mains en hyperestension le bras tendu ; ce qui expliquerait la grande fréquence des lésions osseuses de l'avant-bras.

Dans certains cas où ce reflexe n'a pu être mis en jeu du fait que le choc s'est produit de côté ou d'avant en arrière ou qu'il ait été violent, les lésions craniennes sont fatalement plus fréquentes par projection de la tête contre un plan dur (chaussée, trottoir, borne etc..).

3°) Lésions de franchissement

Ces types de lésions sont les plus graves tant du point de vue pronostic vital que du point de vue pronostic fonctionnel.

Sur les membres, parfois aucune lésion n'est visible si ce n'est, soit des plaques parcheminées et des traces de pneus, soit des décollements de la peau par hémorragie sous-cuténée. Mais sous cette apparence un broiement de membre peut être caché avec le mauvais pronostic que cela comporte.

Rappelons que les broiements de membres ou l'écrasement de masses musculaires importantes (cuisse par exemple)

font partie des lésions qui font craindre avant tout le schok traumatique.

Souvent, on observe des fractures ouvertes de membres surtout inférieurs.

Sur le thorax ou l'abdomen, on observe souvent des lésions osseuses associées à des écrasements ou éclatement d'organes.

Sur la tête ; c'est l'éclatement de la boîte cranienne.

Nous avons rappelé déjà le risque grand encouru par les personnes âgées et c'est certainement ici que le facteur humain favorisant un accident trouve sa véritable illustration.

Quelles sont les lésions chez les piétons ?

Avant d'aborder ce paragraphe il est utile de rappeler que sur 300 accidentés 13 % étaient des piétons. La statistique nationale a révelé que sur 27.084 piétons victimes dans une année il y a eu 1.544 tués soit un peu plus de 5 %.

Par ordre décroissant les lésions rencontrées chez les piétons sont :

- Membres inférieurs : 17 soit 43,5 %
- Thorax : 6 " 15,4 %
- Crâne : 5 " 12,8 %
- Membres supérieurs : 5 " 12,8 %

- Bassin	: 4	soit	10,2 %
- Face (maxillaire)	: 3	"	7,6 %
- Colonne dorsale et lombaire	: 1	"	2,5 %
- Colonne cervicale	: 0		
- Contusions et traumatismes diffus	: 6	"	15,4 %

Soit un total de 47 lésions corporelles pour 39 piétons dont 8 (20,5 %) ont eu des prolytraumatismes.

De ces chiffres il se dégage que les deux lésions prédominantes chez les piétons sont celles des membres inférieurs et du thorax ; par contre, les lésions de la colonne vertébrale sont relativement rares.

Sur les 22 usagers de la bicyclette 10 étaient des hommes âgés de plus de 50 ans. Ce moyen de locomotion est réputé le plus sûr du fait justement de sa faible vitesse, mais le fait que les accidentés expertisés sont peu nombreux tient certainement d'une part, à ce que la bicyclette est de moins moins empruntée du moins dans les fortes agglomérations, d'autre part, à ce que les lésions corporelles sont souvent bénignes ne justifiant pas une expertise.

D'ailleurs, si on compare les nombres de traumatismes bénins et de contusions on remarque que pour 22 usagers de la bicyclette on compte, toute proportion gardée, deux fois plus de lésions bénignes que chez 39 piétons.

On s'attendrait, compte tenu de la position vulnérable des membres inférieurs par rapport à la hauteur du

d'un véhicule automobile, trouver une prédominance des lésions desmembres inférieurs ; et ce sont les atteintes du crâne qui sont les plus nombreuses. Cette constatation tendrait à signifier que ce sont les lésions de chute ou de projection qui l'emportent sur celles de tamponnement.

Par ordre décroissant les lésions observées sont :

- Crâne	: 6 soit 27,2 %	par rapport au nombre d'usagers de bicyclette.
- Membres inférieurs	: 4 " 18,1 %	
- Thorax	: 3 " 13,6 %	
- membres supérieurs	: 1 " 4,5 %	
- Face, colonne vertébrale - bassin	: 0	

Pour 22 accidentés sur bicyclette nous avons dénombré 27 lésions corporelles soit 7% par rapport au nombre total de lésions enregistrées. Nous faisons remarquer que ce pourcentage est le plus faible comme on peut voir sur le tableau plus haut ; 5 sujets sur 22 ont eu un prolytraumatisme soit 22,7 %.

Les usagers des engins de deux roues à moteur : vélomoteur et motocyclette sont les plus fréquemment accidentés (94 sur 300 soit 31,3 %) comme nous avons déjà fait voir auparavant. Ces engins sont beaucoup trop rapide par rapport à leur stabilité relative et le choc est fatalement plus violent et d'autant plus grave que leurs usagers sont mal protégés. Il nous serait mal aisé de prétendre vouloir détailler le mécanisme des traumatismes sur ces engins.

Toutefois une certaine conclusion peut être tirée en regardant le tableau suivant.

Les lésions rencontrées sont :

- Membres inférieurs	: 40	soit	42,5 %
- Contusions et trauma diffus	: 24	"	25,5 %
- Crâne	: 18	"	19,1 %
- Thorax	: 12	"	12,7 %
- Membres supérieurs	: 10	"	10,6 %
- Face (maxillaire)	: 4	"	4,2 %
- Colonne cervicale	: 1	"	1 %
- Colonne dorsale ou lombaire	: 1	"	1 %
- Bassin	: 1	"	1 %

Les lésions des membres inférieurs sont donc les plus nombreuses. Les membres inférieurs sont en effet dans une position des plus vulnérables surtout si le choc s'est produit latéralement ; car si un membre peut être directement coincé entre le véhicule automobile et la machine (moto en l'occurence) l'autre membre peut être écrasé sous le poids de l'engin si toutefois l'usager n'a pas été désarçonné.

Les lésions thoraciques peuvent certainement s'expliquer par ce dernier mécanisme.

Après les membres inférieurs les lésions du crâne totalisent 18 cas d'une certaine gravité. Ces lésions sont avant tout celles d'une projection. Sur 63 cas de fractures ou de traumatismes cranio-cérébraux 28,6 % reviennent aux

engins à deux roues à moteur ; ce pourcentage étant le plus fort. Ce fait justifie le port d'un casque, actuellement obligatoire.

Aucune remarque particulière ne peut être formulée quant aux lésions des membres supérieurs ou de la face; par contre, on peut souligner la rareté relative des lésions de la colonne vertébrale et du bassin par rapport bien entendu aux autres lésions rencontrées dans cette catégorie d'usagers.

Dans cette même catégorie 111 lésions corporelles ont été notées,soit pour 94 accidentés 17 cas de prolytraumatismes (18 % par rapport au nombre d'usagers accidentés dans cette catégorie).

Que conclure ? si ce n'est que les traumatismes siègent avec prédilection aux régions extrêmes du corps et respectent la partie axiale et c'est dans cette perspective que sont d'ailleurs dirigées les mesures préventives.

Dans ce dernier paragraphe nous pénétrons dans un domaine déjà exploré d'une façon magistrale par le Professeur BOURRET en 1959, Marcel ARNAUD en 1961, Jacques LECOEUR (Paris) en 1962.

Nous nous contenterons de rapporter les principes généraux qui d'ailleurs serviront largement de dommentaires à notre statistique.

Dans un accident de voiture deux phénomènes peuvent se présenter en ce qui concerne les passagers : ou bien

la coque de la voiture a bien résisté sous l'effet d'un choc quelconque et dans ce cas on assiste à des lésions de projection du passager, lésions directement proportionnelles à la violence du choc, ou bien la coque s'est laissée défoncer par un autre véhicule ou un obstacle qui fait intrusion à l'intérieur de l'habitacle, les blessures sont celles de lésions directes pouvant atteindre toutes les parties du corps humain et les lésions viscérales sont les plus importantes et très souvent mortelles.

Lorsque le choc s'est produit d'avant en arrière, la voiture est brusquement freinée, le passager sous l'effet de son energie cinétique est projeté en avant et vient heurter tout ce qui se trouve devant lui.

Le conducteur heurte de sa tête le pare brise, le rétroviseur dans certains cas, le volant etc.... Au niveau de la tête il s'agit le plus souvent de fracture de l'étage moyen, d'enfoncement facial, de disjonction cranio-faciale.

La projection contre le volant donne lieu, soit à une simple contusion thoracique, soit à un enfoncement avec possibilité d'hémothorax traumatique. Mais sauf surptise totale les traumatismes craniens chez le conducteur sont beaucoup moins graves car instinctivement il déploie un effort musculaire de freinage tout en s'arc-boutant sur son volant.

Par contre, le passager avant droit, lors de ce choc est littéralement projeté contre le pare-brise ou son montant. Les traumatismes craniens sont plus graves et c'est fort justement que cette place est considérée comme "la place du mort".

On connait également "le mécanisme du tableau de bord" fracturant les rotules en étoile. Le choc sur la rotule transmet une force à distance brisant le fémur ou lésant le bassin, suivi ou non d'enfoncement du cotyle. Ces faits sont une fois plus confirmés dans le tableau plus haut. Les passagers arrières sont beaucoup moins touchés. Deux types de lésions sont à retenir : traumatismes craniens résultant d'une projection contre la partie haute du siège avant, ou fraction de l'extrémité inférieure de la jambe contre la partie basse du même siège.

Si le véhicule a été tamponné par derrière, le conducteur comme le passager avant subissent les mêmes lésions. Il s'agit essentiellement de lésions du rachis cervical : le corps est projeté en avant alors que la tête est projetée en arrière par force d'inertie. En réalité, le mécanisme se déroule en deux temps : hyperflexion de la tête suivie d'une hyperextension.

Dans cette dernière éventualité les passagers arrière sont le plus souvent épargnés du fait de la conformation du siège arrière plus inclinée et remontant plus haut.

Mentionnons simplement les possibilités de translations latérales dans lesquelles les points d'impact peuvent être : poignée d'ouverture de portière, montant interportière etc .... On observe le plus souvent des fractures de clavicule, des fractures du coude ou de l'avant-bras.

D'une façon générale, quelles sont alors les blessures suivant la place occupée par l'usager ? Nous allons d'abord rapporter quelques résultats de l'étude du Professeur BOURNET:

1°) Les contusions craniennes avec syndrôme commotionel et les fractures du crâne :

68% de blessés se répartissent suivant la place occupée : 74% passager avant
55% conducteur
36% passager arrière

2°) Contusions et plaies du membre inférieur avec ou sans fracture :48%

49% passager avant
45% conducteur
22% passager arrière

3°) Contusions thoraciques avec ou sans fracture : 32%

36% conducteur
26% passager avant
10% passager arrière

4°) Lésions, plaies ou fracture du membre supérieur: 22%

23% passager avant
20% conducteur
10% passager arrière

De notre côté nos résultats principaux sont les suivants :

1°) Pour 63 fractures et traumatismes cranio-cérébraux suivi de syndrôme commotionnel, nous avons :

passager avant : 14 cas
conducteur : 11 cas
passager arrière: 9 cas

2°) Pour 7 lésions de colonne cervicale :

Conducteur : 3 cas
passager avant : 2 cas
passager arrière : 1 cas

3°) Pour 13 fractures du bassin avec ou sans enfoncement du cotyle :

passager avant : 5 cas
conducteur : 2 cas
passager arrière : 1 cas

4°) Pour 76 fractures du membre inférieur :

passager avant : 8 cas
passager arrière : 4 cas
conducteur : 3 cas

5°) Pour 38 lésions osseuses thoraciques :

passager avant : 8 cas
conducteur : 6 cas
passager arrière : 3 cas

Les types de lésions chez le conducteur sont donc par ordre de fréquence :

1°) crâne
2°) thorax

3°) membre supérieur
4°) membre inférieur, colonne cervicale
5°) colonne dorsale, lombaire, bassin

Chez le passager avant nous constatons :

1°) crâne
2°) thorax et membre inférieur
3°) bassin
4°) membre supérieur
5°) colonne dorso-lombaire
6°) colonne cervicale

Chez le passager arrière nous notons :

1°) crâne
2°) membres supérieur et inférieur
3°) thorax
4°) colonne vertébrale et bassin

On peut alors remarquer que dans tous les cas; la tête, suivie du thorax sont les régions du corps les plus vulnérables, et l'on peut dire que l'automobile nous atteint par nos points les plus faibles.

Compte-tenu de la connaissance des types de lésions et de leurs mécanismes, il serait facile de concevoir l'automobile "idéale" très bien imaginée par Roger PETRIGNANI, membre associé de l'Académie de chirurgie, et publié dans la Revue du Praticien (Tome VIII, n° 21 du 21 juillet 1958). L'auteur conclut cependant ainsi :"Mais au passif du bilan de cette action préventive s'inscrivent les facteurs humains antagonistes ... Pour les combattre et les éliminer il n'est qu'une patiente éducation du public à qui doivent être inculqués les idées force d'une véritable éthique de la route".

III

LE TRAITEMENT

(HOSPITALISATION)

1) La durée de l'hospitalisation

2) Lésions traumatiques dans les hospitalisations de plus d'un mois

1.- DUREE D'HOSPITALISATION/

0	81
1 j.	9
1 j. à 7 j.	23
8 j. à 15 j.	33
16 j. à 1 mois	80
1 mois à 2 mois	37
2 mois à 4 mois	21
+ de 4 mois	16

Convaincus qu'il existe une véritable pathologie de l'automobile et après avoir étudié successivement les conditions de l'accident, les lésions traumatiques, nous abordons actuellement le chapitre de ce que l'on pourrait appeler traitement.

En réalité les conduites à tenir en face de telles lésions ne sauraient prendre place dans notre étude. Comment oserions-nous en effet aborder sans sortir du cadre de notre compétence, les techniques chirurgicales étant de plus en plus spéciales et évolutives pour une efficacité plus grande.

Aussi nous nous contenterons de retenir une seule phase, celle de l'hospitalisation. L'hospitalisation, en effet, facilite dans certaines mesures la tâche de l'expert comme nous allons voir dans un instant.

Mais avant d'arriver à l'hôpital, revenons un peu en arrière et considérons le moment où un accident vient de survenir. Un blessé git sur la route, un autre est gravement atteint à son volant. Un automobiliste passe, puis un autre, enfin une âme charitable s'arrête perplexe et désorientée devant ce chaos, alors que le problème des premiers soins se pose et s'impose. L'évacuation s'avère urgente. Il faut porter secours et personne ne pourrait s'y soustraire si elle ne veut s'attirer les foudres de l'article 63 du code pénal qui punit le délit d'abstention. Aussi, très souvent, les premiers soins sont donnés d'une façon insufisante et le ramassage du blessé effectué dans des conditions défavorables. Or, tout le monde est actuellement unanime sur le principe du relevage et du transport par des équipes de secours qualifiées et organisées, car, disait Marcel ARNAUD "... les dynamiques de la cinétique

actuelle fabriquent des victimes marquées par des lésions si sévères et agies par des réactions si graves, que les blessés ne peuvent plus s'accommoder des improvisations charitables et des inconfortables secours du passé". En effet, le sauveteur n'étant pas obligatoirement un médecin et ses gestes peuvent entrainer des erreurs regretables.

Si un médecin est sur les lieux de l'accident, une fois les premiers soins donnés, il se pose le problème de savoir si le blessé doit être transporté dans un centre chirurgical ou non. La réponse doit être très souvent affirmative car malgré toute la bonne volonté, l'examen au bord de la route ne peut être qu'incomplet, imparfait et par conséquent sans garantie, d'autant plus que les accidents de la route ont souvent des suites judiciaires. Si le blessé refuse une hospitalisation conseillée, le médecin se doit de faire signer une décharge, il ne doit, en effet, autoriser un blessé à regagner son domicile qu'en cas de lésions minimes de toute évidence. Or, malgré cet impératif, nous voyons sur le tableau ci-devant que 81 sur 300 accidentés n'ont pas été hospitalisés, soit dans une proportion de 27%. Si certaines lésions sont vraiment minimes, d'autres, au contraire, ne le sont pas moins à tel point que l'hospitalisation devait s'imposer. Bien entendu, tout est affaire d'appréciation personnelle. Néanmoins pour nous en convaincre, nous avons dressé une liste d'un certain nombre de lésions chez quelques blessés non hospitalisés ni admis en clinique. Nous avons noté également pour chaque cas la durée d'incapacité temporaire correspondante. Nous admettons que cette période correspond à l'évolution médicale des blessures aboutissant à une restitution ad intégrum ou une stabilisation des lésions.

Cet élément peut alors, dans certains cas servir de critère d'appréciation retrospective d'une lésion initiale.

Sexe et Age	I.T.T.	Lésions chez quelques blessés non hospitalisés
H.52ans	4 mois	Contusion de l'épaule gauche suivi secondairement de phénomènes radiculaires.
H.65 ans	3 mois	Fracture de trois côtes
H.49ans	2m.10j.	Traumatisme cranien et fractures de plusieurs côtes.
F.27ans	2 mois	Traumatisme cranio-facial grévé secondairement du syndrôme subjectif.
H.61ans	3 mois	Fracture de côte
F.47ans	4 mois	Traumatisme cranien et fracture du radius
H. 59a	ITP 21j.	Contusion thoracique avec disjonction chondro-costale.
H.31ans	2m.½	Luxation acromio-claviculaire
F.52ans	5m.10j.	Fracture de la clavicule droite et luxation de la clavicule gauche.
H.62ans	4 mois	Fracture bimalliolaire de la cheville gauche
H.45ans	1 mois	Fracture de l'extrémité inférieure du sternum ayant entrainé un gêne respiratoire.

F.55 ans	3 mois	Subluxation de la colonne cervicale
F.50 ans	ITT 1mois	subluxation de la colonne cervicale
H.67 ans	4 mois	traumatisme cranien et fracture de 2 côtes.
F.31 ans	1 mois	Fracture du sacrum
H.58 ans	9 mois	Fracture de plusieurs côtes, réaction pleurale secondairement.
H.65 ans	4 mois	Lésions traumatiques des apophyses transverses de trois vertèbres lombaires chez un invalide de guerre
H.68 ans	2 mois	Fracture de côtes.
H.46 ans	1 mois	Traumatisme cranien avec perte de connaissance. Syndrôme subjectif secondairement.

Nous voyons sur cette liste, d'ailleurs limitative, que certaines lésions demandent logiquement un minimum d'observation et de surveillance en milieu hospitalier.

D'une façon générale la durée d'hospitalisation est fonction de l'état des lésions. Valablement on peut dire que le séjour allant de un jour à une semaine correspond à des lésions relativement bénignes ; l'expert ne peut manquer d'en tenir compte.

Dans notre statistique 9 sujets ont séjourné 24 heures seulement à l'hôpital, 23 ont séjourné de 1 jour à une

semaine. 80 sujets (27 %) ont séjourné de 16 jours à un mois ; au-dessus de 4 mois il n'y a plus que 16 cas.

D'une manière générale, la durée d'hospitalisation est fonction de la gravité initiale d'une lésion. En réalité d'autres facteurs interviennent notamment l'âge ou le terrain sur lequel une lésion bien déterminée guérit plus ou moins vite selon le sujet. Chez d'autres, une affection sans rapport direct avec la lésion peut déterminer une durée d'hospitalisation plus longue ; c'est l'exemple notamment du sujet âgé qui fait une complication urinaire de décubitus prolongé. Cependant, ces cas sont tout de même relativement rares, si bien qu'on peut se demander si pour une lésion donnée on pourrait avoir une idée sur la durée probable d'hospitalisation. C'est dans cette perspective que nous avons voulu faire une liste des lésions traumatiques bien individualisées qui ont nécessité une hospitalisation de plus d'un mois. Dun côté nous avons groupé les lésions uniques, de l'autre, les polytraumatismes affectées respectivement du nombre de jours d'hospitalisation nécessaire.

2 - Lésions traumatiques dans les Hospitalisations de plus d'un mois

A - Lésions uniques

	Jours
. fracture de la diaphyse fémorale	40
. fracture du bassin	90
. fracture du nez	75

. fracture des deux os de la jambe	210
. fracture de l'extremité inf. fémur	135
. fracture double du bassin	80
. fracture du col du fémur	105
. trauma tranin	45
. fracture ouverte des deux os jambe	330
. fracture de la diaphyse fémorale	105
. fracture bassin avec enfoncementdu cotyle	120
. fracture du tibia	90
. fracture du col du fémur	240
. fracture des deux os de la jambe	143
. fracture de la diaphyse femorale	110
. fracture du bassin avec enfoncement du cotyle	90
. large plaie du genou + greffes	75
. fracture de la rotule	54
. traumatisme cranien	34
. fracture du plateau tibial	40
. fracture ouverte du coude	50
. fracture de la rotule	45
. fracture de la malléole externe jambe	51
. fracture du bassin	48
. fracture ouverte du maxillaire inférieur	60
. fracture du crâne	45
. fracture des deux os de la jambe	33
. fracture des deux os de la jambe	90
. fracture des deux os de la jambe	365
. fracture des deux os de la jambe	32
. traumatisme cranio-cérébral	60

• traumatisme cranien	47
• fracture de la diaphyse femorale	90
• fracture du maxillaire inférieur	45
• fracture du bassin avec enfoncement du cotyle	150
• fracture ouverte du coude	52
• fracture de l'extrémité inf. du péroné	45
• fracture des deux os de la jambe	45
• fracture ouverte de la rotule	42
• fracture du crâne	50
• fracture de la diaphyse femorale	135
• fracture du col du fémur	106
• fracture du crâne	65
• fracture du col du fémur	95
• fracture du tibia	96
• fracture transversale de diaphyse humérale	60
• fracture de l'extrémité inf. de la jambe	45

Pratiquement, sauf pour des raisons familiales ou sociales évidentes, on n'autorise la sortie de l'hôpital à un traumatisé que lorsque l'état de sa lésion permet sa mise en convalescence. Par conséquent, mais d'une façon schématique, on peut considérer la durée moyenne d'hospitalisation pour une lésion comme le temps de consolidation médicale approximative pour cette même lésion. Toutefois, il y a lieu de tenir compte du facteur complication qui prolonge démésurément la durée d'hospitalisation ou par exemple, de de la mise en place d'un plâtre permettant une sortie précoce, ou encore de la nature même d'une fracture sachant par exemple

qu'une fracture transversale des deux os de la jambe nécessite un temps beaucoup plus long qu'une fracture spiroïde.

Compte-tenu de ces différents facteurs nous avons trouvé que pour :

	jours
1°) un traumatisme cranien simple il faut	34 à 47
2°) traumatisme cranio-cérébral fermé	60
3) une fracture du crâne	45 à 65
4°) fracture du nez ou du maxillaire inférieur	45 à 75
5°) fracture du bassin	48 à 150
6°) fracture du coude	50 à 52
7°) fracture du col fémoral	105 à 240
8°) fracture de la diaphyse fémorale	40 à 135
9°) fracture du tibia	33 à 96
10°) fracture des deux os de la jambe	33 à 365
11°) fracture de la rotule ou du plateau tiv tibiale	40 à 75
12°) fracture de l'extrémité inférieur de la jambe	45 à 51

B - Polytraumatismes

On pourrait croire à priori que plus on est en présen présence de lésions traumatiques multiples plus le sujet polytraumatisé séjournera à l'hôpital pendant un temps beaucoup plus long. Il n'en est rien, et il semble d'après ce qu'on pourra constater sur la liste ci-après que l'association de lésions n'influence pas sur la durée d'hospitalisation.

Par contre cette durée semble être déterminée par la lésion dont la consolidation médicale demande un temps plus long par rapport aux autres lésions auxquelles elle est associée. Contre toute logique, on pourrait alors croire que dans le proche immédiat un polytraumatisme se comporte comme une lésion unique. Bien entendu, aucune considération ne peut-être faite quant à l'importance des séquelles dans l'un et l'autre cas.

On trouvera ci-après la liste des polytraumatismes affectés de leur durée de séjour correspondante :

- fracture de la clavicule - fracture de l'os malaire - fracture de la jambe	45 jours
- fracture du col du fémur - fracture de diaphyse fémorale	90 jours
- fracture des deux os de la jambe - fracture de la cheville	109 jours
- fracture du bassin - fracture de côtes - fracture de L_1, L_2, L_3	40 jours
- traumatisme cranien - fracture de l'omoplate - fracture de la clavicule - fracture de côtes	32 jours

- traumatisme cranio-cérébral - fracture de l'omoplate	37 jours
- traumatisme cranien - fracture de la diaphyse fémorale	125 jours
- traumatisme cranien - fracture ouverte des 2 os de la jambe	150 jours
- traumatisme cranien - fracture de la diaphyse fémorale - lésion de l'épaule	120 jours
- fractures des côtes - fracture des 2 os de jambe	145 jours
- fracture du péroné gauche - luxation de la tête du péroné droit - rupture de l'artère poplité -- amputation	60 jours
- traumatisme cranien - ablation de rate traumatisée	32 jours
- traumatisme cranien - fracture des 2 os de jambe	45 jours
- traumatisme cranien - traumatisme thoracique - fracture de jambe	75 jours

- traumatisme cranien - fracture de l'avant bras	45 jours
- fracture ouverte du fémur - fracture du 4° métacarpien - lésion du cou de pied	395 jours
- traumatisme cranien - fracture du 5° vertèbre dorsale	120 jours
- traumatisme cranien - fracture du maxillaire inférieur	41 jours
- traumatisme cranien - fracture ouverte des 2 os jambe	150 jours
- traumatisme cranio-faciale - fracture du pognet	60 jours
- traumatisme cranien - fracture de la rotule	60 jours
- traumatisme cranien - fracture de 5 côtes - fracture d'une apophyse lombaire	60 jours
- fracture du col du fémur avec enfoncement du côtyle	60 jours

- fracture des 2 fémurs - fracture du nez - traumatisme cranio-facial	120 jours
- traumatisme cranien - fracture de jambe	50 jours
- traumatisme cranien - fracture de diaphyse fémorale - fracture ouverte de jambe	120 jours

Nous avons pu voir quel genre de lésions a dû nécessité une hospitalisation de plus d'un mois.

La mission donnée à l'expert consiste généralement à examiner la victime, décrire les lésions qu'elle a subies, évaluer les infirmités séquellaires ainsi que certains préjudices particuliers ayant l'accident pour cause.

L'expert doit examiner soigneusement les pièces qui lui sont transmises et à ce titre les certificats médicaux dans leurs constations cliniques ont plus d'importance que les déclarations parfois imprécises de la victime.

Les certificats concernant les services hospitaliers sont extrèmement précis sur les dates, la nature des lésions, leur vérification opératoire et rendent donc de grands services à l'expert. C'est à ce titre que du point de vue médico-légal nous voulons surtout attirer l'attention.

I V

CONSEQUENCES MEDICO-LEGALES

1°- L'incapacité temporaire

2°- Les différents préjudices

3°- La reprise ou non du travail

4°- L'incapacité permanente partielle

1) DUREE DE L'I.T.T.

0	3
-de3mois	137
3 à 6 mois	73
6m. à 1 an	66
+ d'un an	21
I.T.P.	80

Les accidents de droit commun susceptibles d'entrainer la responsabilité d'un tiers doivent être signalés par l'assuré au médecin (qui lui-même le mentionne sur la feuille de maladie) et faire l'objet d'une déclaration à la caisse, mentionnant la date de l'accident, les circonstances de l'accidnet, le nom du tiers responsables.
Cette déclaration qui doit être faite dans les huit jours qui suivent l'accident, a pour objet de subroger de plein droit la caisse à l'assuré, dans son action contre l'auteur de l'accident, pour tout ce qui concerne le remboursement des frais médicaux et le paiement des indemnités journalières.

L'indemnité journalière est payée à l'assuré pendant une période déterminée dite période d'incapacité

temporaire. Cette incapacité peut être totale ou partielle. Elle est toujours totale dans le cadre de l'accident du travail ou de l'accident du trajet assimilé à un accident du travail. Dans le cadre du droit commun elle peut être partielle.

Qu'est-ce en effet que l'incapacité temporaire? C'est la période qui va du jour de l'accident au jour de la consolidation ou de la guérison. Cette période correspond à l'évolution médicale des blessures aboutissant soit à la stabilisation des lésions permettant la reprise de l'activité ou d'une certaine activité.

Autrement dit, c'est une période d'incapacité médicale de travail pour les sujets qui ont une activité professionnelle determinée ou chez d'autres la période de repos et de réparation des souffrances subies. Dans le cadre de l'accident du travail cette période ouvre droit à une indemnité journalière ou indemnité compensatrice de salaire. Cette indemnité est calculée sur la moitié du salaire journalier de base. Elle est portée au 2/3 si l'assuré a plus de trois enfants et ceci à partir du 31me jour. En cas d'hospitalisation, elle est réduite de un à trois cinquièmes suivant la situation de famille et les charges de l'assuré. Par contre dans le cadre du droit commun on procède au remboursement de la journée intégrale. Il va de soit que plus cette période dure plus le remboursement se poursuit. On remarquera que trois sujets sur 300 seulement n'ont pas eu à cesser ou à réduire leur activité soit une proportion très faible de 1%. Dans la majorité des cas (137 sur 300) la durée d'incapacité temporaire totale a été inférieure ou égale à trois mois. 21 sujets ont bénéficié d'une durée d'incapacité supérieure à un an.

Il suffit d'imaginer dans ces derniers cas le coût d'un accident parfois stupide.

Chez les sujets ayant une activité professionnelle déterminée il est facile d'apprécier la durée de cette incapacité et de fixer par conséquent la date de consolidation. Cette date correspond généralement à la reprise totale ou partielle du travail ou de l'activité intellectuelle par exemple.

Chez d'autres l'appréciation de cette durée est assez difficile : c'est l'exemple d'une femme s'occupant de son ménage. Ici ce sont les indications sur l'évolution des lésions, l'activité quotidienne, ou l'aide éventuelle d'un tiers parent, qui pourront guider sur l'appréciation de cette durée d'incapacité totale ou partielle.

Nous avons dit que dans le cadre du droit commun l'incapacité temporaire peut être partielle. Aussi dès qu'une certaine activité peut être reprise, même réduite, on termine la période d'incapacité temporaire totale quitte à évaluer en pourcentages l'importance de la réduction d'activité pendant un temps plus ou moins long. Dans le cadre de l'accident du travail, l'incapacité est toujours totale. Toutefois, la Sécurité sociale peut admettre une reprise partielle si elle est autorisée par le médecin-traitant et reconnue par le médecin-conseil de la Sécurité sociale comme de nature à favoriser la consolidation ou la guérison. Autrement dit cette reprise, antérieure à la date de consolidation, n'est valable que dans le cadre de la réadaptation à condition que l'indemnité allouée ajoutée au salaire ne soit pas supérieure au salaire antérieur.

Deux ordres d'élements vont influencer sur cette durée d'incapacité.

L'un des éléments est représenté par l'incidence professionnelle de la lésion séquellaire. En effet, il est logique que pour une même lésion un employé de bureau reprendra son travail beaucoup plus vite qu'un travailleur de force. Aussi avant de fixer une date de consolidation nous demandons au bléssé sa profession, dans quelles conditions il effectue son travail, quel rytme et quel genre d'effort on lui impose, comment il effectue le déplacement nécessaire pour aller à son travail.

L'autre élément est d'ordre médical. Il a trait directement à l'évolution de la lésion traumatique. En droit commun, il faut toujours consolider d'une manière ou d'une autre, car c'est de la durée d'incapacité offerte à la victime que va dépendre la responsabilité de l'auteur de l'accident. En effet, s'il a été prouvé que les lésions sont les conséquences d'une manoeuvre involontaire, une incapacité de travail inférieure à trois mois porte l'affaire devant le tribunal de simple police auquel cas l'auteur est passible de contravention. Par contre, si cette incapacité de travail est supérieure à trois mois, l'affaire constitue un délit et relève du ressort du tribunal de grande instance. Aussi on comprend que la délimitation de cette période soit capitale. Il arrive souvent que la lésion ne soit pas guérie ou laisse encore des séquelles importantes incompatibles avec la reprise

du travail. Dans ce cas, la fixation de la consolidation est affaire d'appréciation.

D'une façon générale, deux critères autorisent à consolider : soit que durant une période donnée on assiste à une stabilisation de l'évolution de la lésion et qu'aucune amélioration n'a été constatée, soit qu'aucune autre thérapeutique plus efficace sur le dommage ne peut plus être envisagée.

L'estimation de la durée d'incapacité devra être faite avec une impartialité totale car nous avons vu que c'est sur elle que sont basées les sanctionspénales. Il va de soi que toutes les parties intéressées par l'affaire vont proposer chacune une date : d'un côté le médecin traitant, de l'autre le médecin de la compagnie d'assurance adverse. S'il s'agit d'un accident du trajet le médecin de Sécurité Sociale a également son mot à dire. Le médecin expert expose son point de vue qu'il explique à chacune des parties mais d'une façon générale il essaie de concilier les parties adverses. S'il n'y parvient pas, il garde toute liberté sur ce point et son avis est sans appel. Il se basera sur la reprise du travail sinon, sur l'absence d'évolutivité et de thérapeutique efficace.

Il nous a paru intéressant de savoir quelle est à partir d'une lésion donnée la durée moyenne d'incapacité temporaire accordée à la victime. Nous avons pris d'une façon arbritaire les lésions qui ont nécessité une I.T.T. de plus de 6 mois. Nous avons pu dresser un tableau du moins pourles monotraumatismes.

Lésions traumatiques et I.T.T. au dessus de 6 mois

Monotraumatismes

	6à8 inclus	8 à 10	10 à 12	12 à 14	14 à 16	16 mois
Traumatisme cranin simple	4	1				
Traumatisme cranio-cérébral fermé			2			1
fracture du crâne	3	2				1
lésion colonne vertébrale						
traumatisme thoracique	1	1			1	
fracture du bassin	1		1		1	1
Fracture col fémoral	3		1			
Fract. Diaphyse fémoral.	1	1	2		1	2
Fract. Extrémité infér. du fémur			1			
Fracture de jambe tibia ou péroné	2	1		1		1
Fract. 2 os jambe	1	4	2		1	1
Fract. de l'extr. Inf. de la jambe		1				

	6à8 inclus	8 à 10	10 à 12	12 à 14	14 à 16	16 mois
Fracture rotule, plateau tibial	2	1				
Fract. du métatase		1		1		
Fracture de l'humérus	1					
Fracture du coude						
fracture de l'avant bras						
fracture des métacarpiens						

On peut remarquer que la majorité des traumatismes craniens simples ont été consolidés au bout d'un temps inférieur à 8 mois.

Les traumatismes cranio-cérébraux fermés sont consolidés au bout d'une période n'excédant pas un an. Toutefois nous déplorons un cas où le traumatisme s'est compliqué d'une hémiplégie et de comitialité secondairement, la durée d'I.T.T. a été fixée à 20 mois.

Pour les fractures du crâne, nous avons 3 cas de 6 à 8 mois et 2 cas de 8 à 10 mois. Un autre cas a duré 2 ans. C'était une fracture des deux os frontaux du crâne compliquée secondairement de détérioration intellectuelle.

Aumniveau du thorax nous avons un cas consolidé seulement au bout de 14 mois. Il s'agit de fracture pluri-costale avec hémothorax traumatique ; là-dessus a évolué une symphyse pleurale qui a retentit secondairement sur la fonction cardiaque.

Les fractures du bassin sont plus ou moins longues à consolider. D'après notre étude la durée d'incapacité est fonction de la présence ou non d'altération du cotyle.

Les fractures de la diaphyse fémorale semblent être un cas plus difficile. On voit en effet que pour cette lésion la durée d'incapacité varie facilement de 6 à plus de seize mois.

Pour les fractures de la rotule en plateau tibial, de même que pour celle du tibia ou du péroné la consolidation n'excède généralement pas le dizième mois. Toutefois, dans un cas de fracture de la tête du péroné il y a eu rupture de l'artère poplité ; la victime s'en est sortie avec une amputation de la cuisse, le temps de consolidation a été fixé à plus d'un an. Dans un autre cas de fracture du tibia, la lésion s'est lontemps ulcérée et il a fallu des auto-greffes qui ont porté la consolidation à dix-sept mois.

Quant aux fractures des deux os de la jambe, on peut remarquer que le temps de consolidation est des plus variable. Un cas, fracture ouverte celle-là, à longtemps suppuré ; on a dû procéder à des reinterventions. Le résultat n'en a pas été pour autant meilleur et il a fallu consolider au bout de trois an avec une pseudarthrose. Un autre cas, mais fermé

celui-là, consolidé au bout de 15 mois, s'est également terminé par la même séquelle.

En ce qui concerne les lésions multiples il ne nous a pas été possible de dresser un tableau valable. Une liste que nous craignons être fastidieuse a peut-être le mérite de donner un aperçu d'ensemble sur les lésions associées et la durée d'incapacité respective accordée :

traumatisme cranien fracture du sacrum traumatisme de la colonne lombaire	6 mois
traumatisme cranien fracture de la jambe	6 mois
traumatisme cranien fracture de 5 côtes fract. d'une apophyse transverse lombaire	6 mois
traumatisme cranien fracture du nez fracture des deux fémurs	10 mois
traumatisme cranien fracture du fémur fracture ouverte de la jambe	15 mois
traumatisme cranien fracture ouverte des 2 os de la jambe	17 mois

fracture ouverte de jambe)
fracture suppurée de 2 métacarpiens) 12 mois

fracture du crâne)
fracture de la diaphyse fémorale) 14 mois

traumatisme cranien)
fracture ouverte des deux os de la jambe) 26 mois

fracture de côtes) 14 mois
fracture de jambe)

traumatisme cranien)
fracture de la 5me vertèbre dorsale) 7 mois $\frac{1}{2}$

traumatisme cranien)
traumatisme de la colonne dorsale) 8 mois

traumatisme cranien)
fracture du maxillaire inférieur) 6 mois

traumatisme cranien)
fracture de l'avant-bras) 10 mois

fracture du crâne)
contusion de la colonne cervicale) 7 mois

traumatisme cranio-cérébral)
fracture ouverte de la diaphyse fémorale) 12 mois
fracture du 4me métacarpien)

traumatisme cranio-faciale)
fracture de la diaphyse fémorale) 6 mois

fracture des deux os de la jambe)
fracture de la cheville) 15 mois

traumatisme cranien)
fracture de la sdiaphyse fémorale) 12 mois

traumatisme cranio-faciale)
traumatisme de la jambe) 8 mois
)

traumatisme cranien)
fracture de côte compliquée de pleurésie) 8 mois

traumatisme cranien)
fracture des deux os de la jambe)3 mois
compliquée d'accidents renaux de déarbitres)

traumatisme cranien)
traumatisme thoracique) 8 mois
fracture de jambe)

traumatisme cranien)
fracture ouverte du coude) 12 mois

traumatisme cranio-cérébral)
fracture de la diaphyse fémorale) 6 mois
accidents rénaux de décubitus)

traumatisme cranien)
fracture de plusieurs côtes) 12 mois
fracture de la clavicule)
fracture du col du fémur)

traumatisme cranien) 7 mois
luxation de la vertèbre cervicale)

traumatisme cranien)
fracture de la L. 1) 7 mois ½
fracture de jambe)
lésion de l'articulation coxo-fémorale)

fracture de la clavicule)
fracture de l'os malaire) 10 mois
fracture ouverte de la jambe et phlébite)

fracture de la diaphyse fémorale) 12 mois
fracture de la tête humérale)

traumatisme cranio-faciale) 6 mois
fracture de l'humérus)

traumatisme cranien)
fracture du bassin) 12 mois
fracture du cubitus)

D'une façon générale, on peut remarquer, point sur lequel nous avons également attiré l'attention quant à l'influence des polytraumatismes sur la durée d'hospitalisation, que les lésions multiples n'entrainent pas forcément une durée d'incapacité plus longue. Ici encore, il semble que c'est la lésion anatomiquement plus difficile à guérir qui détermine la date de la consolidation.

Ainsi, nous avons suivi cette victime de la circulation depuis le cauchemar que représente pour elle l'instant de l'accident, cauchemar fait d'angoisse, de choc émotif, de cris de douleurs, de frayeur peutêtre devant la perspective d'une mort qui approche. Délicatement nous l'avons transporté à l'hôpital où elle a du subir une intervention, des réinterventions exacerbant de surcroît sa douleur.

Nous l'avons surprise sur ce lit d'hôpital,soustraite de la chaleur familiale, torturée peutêtre par la perspective d'un projet qui s'effondre, soucieuse soudain devant un avenir qui s'annonce incertain.

Nous avons partagé avec elle le souci de voir cette lésion qui tarde à guérir quand ce n'est pas une autre complication venant se surajouter au dommage déjà réel.

Nous les avons vues, ces victimes, sortir de l'hôpital. Certaines sont parties en convalescence, d'autres ont repris leur activité, d'autres marquées pour la vie traineront désormais les soucis de leur propre subsistance.

C'est à cet ensemble de problèmes que la mission nous a été confiée d'élucider , afin qu'une juste réparation soit faite, et c'est avec une impartialité absolue que nous avons accepté de nous acquitter de notre devoir.

2) LES DIFFERENTS PREJUDICES

	Prétium doloris	Préjudice agrément	Préjudice esthétique
nul	81	202	263
léger	78	53	29
moyen	99	35	5
important	10	5	3
élevé	29	5	
très important	3		

AUTRES PREJUDICES

Professionnel	vital prévisible
3 cas	3 cas

Les accidents de la voie publique font environ 9000 morts et 200 000 blessés par an en France. Si le coût annuel des accidents de la voie publique s'élève à 400 milliards d'anciens francs, les compagnies d'assurances en versent plus de 150 milliards. A ce sujet, il faut noter que la France est beaucoup plus indulgente que ses voisines: alors que dans les pays limitrophes ne sont considérés que les accidents entrainant des dégats fonctionnels déjà importants, on tient compte en France des :

-dégâts corporels fonctionnels
-dégats esthétiques
-du"prétium doloris"
-et même du"préjudice agrément".

Cette considération nous semble pleinement justifiée car où résiderait la justice si une même indemnité est perçue par deux victimes ayant subi la même lésion, s'étant arrêtés de travailler pendant un même laps de temps mais dont le premier a dû subir une intervention parfois douloureuse. Comment satisfaire la conscience en dédommageant de la même façon une disgracieuse cicatrice chez une actrice et chez une simple employée de bureau? Mais comment définir ces termes souvent mal interprétés ? Comment pénétrer dans leur substratum, au risque d'ajouter une confusion à une autre, sans se référer à l'expérience de nos Maîtres.

Louis ROCHE et Charles André REYNAUD disaient, quant au prétium doloris : "le prétium doloris, à notre avis, répare chez certains blessés, à l'arrêt du travail rendu obligatoire par les lésions subies. L'incapacité temporaire répare cet arrêt de l'activité professionnelle, le prétium doloris les

douleurs physiques et morales qui représentent un dommage complémentaires.

Ces douleurs sont d'abor.. physiques. Nul ne peut apprécier les douleurs subies par un tiers. Toutefois un certains nombre d'élements permettent d'indiquer leur importance. Une interrogation minutieuse de la victime permet souvent de juger l'intensité de cette douleur, sa durée, l'efficacité ou non d'une thérapeutique sédative éventuelle. Une intervention chirurgicale, parfois réitérée, la mobilisation de certaines lésions osseuses étendues sont autant d'éléments permettant d'apprécier une souffrance physique.

Le médecin expert doit également tenir compte des douleurs morales, telles que l'angoisse sur le devenir incertain des blessures, la crainte d'une mort possible lorsqu'il existe une lésion vitale et d'une manière générale, de tout ce qui peut venir altérer l'intégrité de la sphère affective.

Compte tenu de ces différents éléments, nous avons trouvé 81 cas où le prétium doloris était nul. Il n'est pas possible de faire une différence précise entre un prétium doloris léger et un prétium doloris moyen. Tout ceci est une affaire d'appréciation personnelle. Nous avons 78 cas ayant justifié un prétium doloris léger, et 99 cas un prétium doloris moyen.
A partir du moment où ce prétium doloris est qualifié d'important, élevé ou très important, les raisons de l'expert sont vraiment suffisantes pour que nul doute ne puisse être émis quant à la réalité de la douleur qu'elle soit physique ou morale.

Il n'est pas possible d'évoquer ici pour chaque cas l'élément qui fait que telle victime bénéficie d'un prétium doloris plus important que telle autre. En effet, il ne suffit pas que d'un seul élément mais de la conjonction de plusieurs arguments puisés dans un contexte général. Aussi nous contenterons-nous de faire la liste des lésions traumatiques où le prétium doloris a été plus que moyen. Si notre manière de voir pêche par défaut pourrions-nous toutefois faire remarquer que le polytraumatisme, comme on voit ci-après, contribue dans une certaine mesure à élever ce prétium doloris au-dessus de la moyenne.

P.D. important	P.D. élevè	P.D. très important
Fracture communitive des deux os frontaux avec commotioncérébrale suivie de déterioration intellectuelle	Traumatisme cranien fracture ouverte des deux os de la jambe.	Traumatisme cranien avec commotion cérébrale, syndr syndrome subjectif. Fracture du fémur fracture ouverte de jambe
Traumatisme cranio-facial avec coma	Traumatisme cranio-facial. fracture du bassin	Trauma-cranien avec coma de plusieurs jours et hémiplégie avec aphasie troubles psychiques secondaires
Traumatisme cranio-facial avec perte de connaissance fracture du nez et fracture des 2 fémurs.	Fracture ouverte des 2 os de la jambe	Traumatisme cranien avec perte de connaissance Fracture ouverte des 2 os de la jambe.
Traumatisme cranien avec commotion cérébral et fracture du maxillaire inf.	Fracture ouverte des 2 os de la jambe puis pseudarthose	
	Fracture du crâne fracture du fémur	

Fracture des 2 os de la jambe	Fracture du crâne puis syndrôme subjectif.
Traumatisme cranien avec commotion cérébrale Fracture du fémur Accidents rénaus de vienbitus.	Traumatisme cranien, Syndrôme subjectif Fracture du bassin Fracture du cubitus.
Trauma cranien puis syndrome subjectif Fracture de plusieurs côtes Fracture de clavicule Fracture du col du fémur	Fracture du bassin au niveau des 2 cotyles. Contusion thoraco-abdominale.
Fracture de plusieurs côtes et épanchement réactionnel	Traumatisme cranien lésions oculaires
Traumatisme cranien sévère avec pertes de connaissance d'une heure.	
Fracture de la diaphyse et du col fémoral gauche	
Traumatisme cranio-cérébrale suivi d'hémiphigie	
Traumatisme violent de la face et du thorax suivi d'un état de chose sévère Plusieurs fractures de côtes puis secondairement symphyse pleural et retentissement cardiaque	
Fracture grave de la cuisse	

Traumatisme cranien sévère
Fractures multiples de côtes suivie d'atelectasie pulmonaire
Fracture du bassin avec enfoncement du cotyle
Fracture de la diaphyse fémoral Fracture de la tête humérale
Fracture ouverte des deux os de la jambe, suppurée, consolidé avec une psentarthrose
Fracture de la diaphyse fémorale - complication d'un état antérieur cardiaque
Traumatisme cranien Fracture des deux os de la jambe Accident de lithiase de décubitus.

PREJUDICE AGREMENT

Le préjudice agrément est un élément dont l'idée de réparation est assez souvent controversée. Certains magistrats admettent cette réparation, d'autres n'en tiennent pas compte. L'expert doit interroger la victime si en dehors de son activité professionnelle elle s'adonne à des activités bien particulières. Certains sujets sont inscrits à un club de football depuis un certain nombre d'années ; d'autres font de l'équitation d'autres encore font de l'art dramatique etc.. Les séquelles de l'accident ne permettrons plus désormais la pratique de ces activités. Il est raisonnable de réparer la perte de ces activités qui font les satisfactions et les plaisirs de la vie. Bien souvent, ce sont la perte de ces activités particulières qu'on essaie de réparer mais dans d'autres cas, un traumatisme médullaire peut entraîner des troubles génitaux et l'expert se doit d'éclairer le juge sur l'incidence éventuelle de ce fait.

Comme l'écrit M. le ROY on ne peut évaluer ce préjudice "par une formule abstraite qui ne correspondrait à aucune réalité" car "le préjudice agrément est lié non à la fortune de l'individu mais à ces qualités d'homme". Aussi, à notre avis c'est à ce sentiment réel de frustration que doit porter la réparation.

Une liste de lésions traumatiques dans ce cas nous semble superflue car le "préjudice agrément" n'est pas directement mais indirectement lié au traumatisme.

Pour illustrer ce chapitre, évoquons simplement le cas de cette jeune fille de 23 ans qui est étudiante et qui pratique la danse classique. A la suite d'un traumatisme cranien avec fracture du rocher sont survenues des crises comitiales devenant de plus en plus fréquentes. Il est évident qu'il n'était plus question pour elle de reprendre cette activité. Le préjudice est ici double : il est d'abord agrément ; il est aussi moral quand on connait les réactions "subjectives" du grand public au seul mot d'épilepsie.

PREJUDICE ESTHETIQUE

Le terme en lui même est assez explicite. Une cicatrice disgracieuse, une asymétrie faciale, une boiterie importante sont autant d'éléments qui peuvent compromettre l'avenir sentimental ou professionnel d'un individu. Dans certains cas, ce préjudice est susceptible de provoquer chez la victime un sentiment d'infériorité, parfois même favoriser l'éclosion d'un syndrôme dépressif.

Il est utile que l'expert demande à lavictime une photographie antérieure et postérieure à l'accident afin d'objectiver devant le juge l'importance du dommage surtout lorsqu' il s'agit de cicatrice étendue du visage et cela d'autant plus obligatoirement qu'on est en présence d'une jeune fille.

Nous avons relevé les trois cas où le préjudice esthétique était important :

1) Un homme de 35 ans, ouvrier de laboratoire, luxation de la tête du péroné droit ayant provoqué la rupture de l'artère poplité ; évolution vers la gangrène qui a motivé l'amputation de la cuisse.

2) Une femme de 24 ans, ouvrière dans une bijouterie, fracture de l'humérus, traumatisme de la région fronto-orbitaire ayant laissé une grande cicatrice inesthétique.

3) une femme de 31 ans, secrétaire ; fracture du bassin avec enfoncement du cotyle ; boiterie importante.

Mais le rôle de l'expert ne s'arrête pas là, et même si la question ne lui est pas posée par le juge, il doit mentionner dans sa discussion du fait médical toutes les incidences possibles du traumatisme. Il en va par exemple du préjudice vital prévisible, conséquence de certains types de traumatismes tels que lésions viocérales étendues, ou par le fait de la survenued'une complication telle que les accidents rénaux de décubitus et le retentissement sur la fonction cardiaque.

Nous avons relevé ici le cas :

1) de cette femme de 70 ans encore active avant son accident puisqu'elle était agent d'assurances, qui a la suite d'un polytraumatisme avec traumatisme cranien et thoracique sévère, fracture de la jambe droite laissant prévoir une diminution conséquente de la longévité. Elle n'a plus repris d'activité professionnelle. Le taux d'incapacité permanante

évalué à 50 % donne d'ailleurs une idée de ce qui lui reste comme séquelles objectives.

2) de cette homme de 62 ans, directeur d'entreprise de soierie, avec fracture double du bassin et traumatisme thoraco-abdominale.

3) de cet homme de 64 ans, Directeur d'une agence d'assurance qui a subi un traumatisme violent de la face et du thorax avec plusieurs fractures de côtes de l'hémithorax gauche suivi d'un état de choc sévère. Une symphyse pleurale s'est constituée avec un retentissement cardiaque. Nous avons assisté chez lui à un phénomène de sénilisation nette. Un taux d'incapacité permanente de 66 % a été proposé.

Le magistrat doit être également éclairé sur l'incidence de certaines séquelles sur la profession du sujet. Il est en effet des cas où la victime ne peut plus reprendre le même métier qu'auparavant, et doit changer de profession ou changer de poste. Cela ne va pas souvent sans diminution de salaire. Ce dommage complémentaire représente le préjudice professionnel.

Citons le cas :

1°) de cet homme de 30 ans, plombier zingueur de son métier, qui, à la suite d'un traumatisme cranien ayant laissé des tendances vertigineuses a dû abandonner sa profession.

2°) de cet homme de 36 ans, qui travaille à l'asphalte. Un syndrôme subjectif avec vertiges est resté à la suite d'une fracture de la voute cranienne.

3°) de cet autre sujet de 50 ans, manutentionnaire à la S.N.C.F. qui a dû s'arrêter de travailler à cause d'une double fracture de la jambe gauche mal consolidée.

Cependant, dans la majorité des cas ce préjudice professionnel n'est pas évident. Chez beaucoup de victimes aucune raison suffisante n'arrive à justifier la non reprise du travail. Bien souvent c'est l'argument de l'âge avancé qui est mis en vigueur. D'autres ontdû changer de postes ou d'établissement sans pour autant que la rémunération soit plus faible. Le préjudice professionnel n'est donc pas réel.

Nous avons dressé un tableau sur la "reprise du travail" sur lequel on peut remarquer que dans une certaine mesure l'âge ou le sexe jouerait un rôle dans la reprise ou non du travail.

3)

Age	Non reprise du travail		changement de poste ou d'établissement soit volontairement soit congédié		reprise du travail au delà de la date de consolidation fixée	
-de20ans	1		1		4	
21à30 ans	2		4		2	
31à50ans	10		10		2	
+de50ans	13		4		3	
	H	F	H	F	H	F
	16	10	14	5	8	3

On voit qu'on s'arrête surtout après 50 ans et que le changement de poste ou d'établissement est plus nombreux entre 31 et 50 ans.

Compte-tenu du nombre de femmes accidentées, compte-tenu également de celles qui n'ont pas d'activité professionnelle, on voit que la proportion de femmes qui n'ont pas repris le travail est relativement plus forte que chez l'homme.

4°) L'INCAPACITE PERMANENTE PARTIELLE (taux définitif)

	-de20ans	21 à 30	31 à 50	+de50ans	
0	4	4	4		12
- 10%	19	31	58	42	150
11à25%	7	19	31	23	80
26à50%	1	5	12	18	36
51à80%		2	5	5	12
81à100%					0
Total	31	61	110	88	

+ 10 cas d'incapacité non permanente

Dans la majorité des cas (plus de la moitié) le taux accordé a été - 10 % à tel point qu'on peut penser à la begninité des séquelles dans l'ensemble.
Entre 51 et 80 % nous avons seulement 12 cas, et rien au-dessus de 80 %. Dans 12 cas il n'y avait pas ou d'incapacité permanente ainsi que dans 10 cas où le taux, a été évalué pour une période limitée.

Il semble que l'influence de l'âge n'est pas convaincante quant à l'appréciation de l'incapacité.

Comment apprcier cette incapacité ? c'est ce que nous allons voir dans un instant.

Dès que la date de consolidation d'une lésion est fixée on demande à l'expert d'évaluer le dommage séquellaire de l'accident. Ce dommage qui est définitif est encore appelé incapacité permanente Elle est partielle et c'est la majorité des cas ou au maximumum totale ce qui est très rare.

L'incapacité permanente est évaluée en pourcentage. Elle représente l'élément le plus important de l'expertise, car elle engage avant tout, l'avenir de la rente versée au blessé à titre de réparation.

Dans le cadre du droit commum l'estimation la plus fréquente du dommage physique est une diminution fonctionnelle. Cette diminution, peut retentir sur un certain nombre d'activités chez un homme mais, la diminution la plus importante et la plus dommageable est une diminution de la capacité de tra-

vail. Aussi, dans la pratique de la loi du 9 Avril 1898 l'incapacité s'exprime en pourcentage, ce qui veut dire, que le blessé a perdu X % de sa capacité antérieure. Mais cette loi s'adresse avant tout au travailleur manuel et à ce titre, peut être également appliquée après un accident de droit commun.

L'appréciation du dommage corporel est également facilitée par le barème indicatif d'invalidité annexé au décret du 24 Mai 1939. Si la profession du blessé n'intervient pas dans l'évaluation du taux d'I.P.P., l'expert devra cependant préciser quels gestes professionnels se trouveront désormais difficiles ou impossibles pour tel blessé, quel élément d'un syndrôme subjectif l'handicapera dans son activité tant physique qu'intellectuelle.

De toutes les façons, les barèmes proposés n'ont qu'une valeur indicative et l'expert devra faire une synthèse à partir des éléments à sa disposition. Le taux d'I.P.P. en droit commun, est un taux médical que l'expert soumet au jugement du magistrat. Il aura d'autant mieux rempli sa mission en précisant les éléments qui lui ont permis d'apprécier cette incapacité.

L'appréciation de l'I.P.P. est basée sur des données :

- médicales
- médico-légales : application d'une règle ou d'une loi adéquate suivant le cadre de l'expertise (accident du

travail, accident du droit commun etc...).

Mais d'une façon générale, pour être précis l'expert a intérêt à faire ressortir trois éléments fondamentaus : les faits, la discussion, la conclusion.

1) - LES FAITS

A) - L'interrogatoire

L'intérrogatoire est l'élément le plus important de l'expertise, quand il est bien conduit.

L'intérrogatoire consiste en effet à apprécier les modifications de l'état de santé. Il y aura donc trois parties à envisager :

- l'état de santé avant l'accident (état antérieur)
- l'accident proprement dit
- l'état de santé après l'accident (séquelles)

a) L'état antérieur

On sait que dans le cadre du droit commun on doit réparer uniquement les conséquences directes de l'accident et elles seules. On ne tient pas compte de l'état antérieur qui peut être cause de l'accident ou accentuer les conséquences séquellaires de l'accident. Ceci rend encore plus difficile l'appréciation du dommage dans le cadre du Droit Commun. Pour apprécier cet état de santé avant l'accident, il faut poser des questions précises,autrement, le sujet ne peut pas répondre. L'expert peut être en effet

responsable d'une omission.

Un certain nombre d'éléments qui d'ailleurs ne sont pas limitatifs permettent d'apprécier cet état antérieur :

- l'existence d'un traumatisme antérieur
- l'existence d'une maladie qui pourrait fragiliser le sjuet.
- l'hospitalisation ou les interventions éventuelles
- la perception de pensions militaires ou civiles
- la possibilité d'une expertise antérieure
- les circonstances du service militaire ches les hommes
- les conditions familiales, matrimoniales.
- les antécédents professionnels tels que le changement de métier.
- les études
- la nature du travail effectué
- l'éventualité d'une activité extra-professionnelle
- chez les étranger s qui viennent avec un contrat de travail, tenir compte de la possibilité d'un élément névrotique lié à la transplantation.

B) - <u>L'Accident et ses conséquences immédiates</u>

L'appréciation devra s'enquérir :

1. des circonstances de l'accident
2. du prix de réparation de l'auto par exemple
3. des troubles immédiats
   - pertes de connaissance
   - Hémorragie etc.....

4. de ce qu'il a fait, où l'a-t-on emmené
5. du traitement immédiat ou de l'hospitalisation
6. de la durée de l'arrêt du travail
7. de la durée de convalescence
8. de la raison pour laquelle le travail n'est pas repris plus tôt.

a) <u>L'état de santé après l'accident - les séquelles</u> devront être précisés :

1. les troubles fonctionnels
   - leur caractère
   - le facteur déclenchant
   - quel genre de traitement les atténue.
2. le retentissement de ces troubles sur la vie du sujet

   . Sur le travail :

   - changement de poste
   - perte ou diminution de salaire
   - difficulté dans les gestes professionnels
   - la difficulté à se réadapter aux conditions du travail.

   . Sur la vie quotidienne

   - le fait de ne pas pouvoir s'habiller tout seul par exemple.

   . Sur l'agrément

   - Ski par exemple.

L'importance de l'interrogatoire est capitale. Dans certains syndrômes subjectifs (post. traumatismes cranien) le seul élément qu'on a c'est l'intérrogatoire.

I) Les pièces

Les pièces sont fournies par les différentes parties qui ont interêt au procés. L'expert doit comparer toutes les déclarations.

C) L'examen du blessé

Point important : on doit observer le blessé à son entrée dans le cabinet, observer la déshabillage, le regarder quand il sort du cabinet.

1. Examen synthétique

Pour le membre inférieur, on le fait marcher, s'accroupir etc...,

pour le membre supérieur, on lui fait faire un certain nombre de gestes habituels.

2. Examen analytique : de la région intéressée

- inspection
- palpation
- mensuration
- mobilisation

On doit chiffrer tout ce qui est mesurable.

3. Examen général

4. Examens complémentaires

Dans certains cas, on peut être amenés à demander des examens spéciaux. Dans ces cas, il faut obtenir l'accord du juge ou pour la Sécurité Sociale, l'accord du médecin-conseil.

II) Les Discussions

Les discussions comportent deux parties :

a) la discussion des faits médicaux
b) la discussion des faits médico-légaux

Dans la discussion des faits médicaux sont établies les relations de cause a effet mais uniquement dans le cadre médical.

Nous avons dit que dans le cadre du droit commun seul le préjudice est réparé et ou nn ne doit pas tenir compte de l'état antérieur. Si cet état antérieur existe, sommes nous amenés à discuter dans ce chapitre et en suivant la règle de MAZEL :

- les conséquences du traumatisme s'il n'y avait pas d'état pathologique antérieur.
- l'évolution de l'état antérieur seul sans l'accident

- l'évolution réelle du complexe état antérieur et état traumatique.

L'expert aura également à mentionner la possibilité d'une aggravation ou d'une complication lointaine mais en tout cas ne pas en tenir compte dans l'évaluation de l'incapacité permanente, le taux proposé est en effet un taux définitif à moins d'un fait nouveau qui fera accorder à la victime une nouvelle demande en aggravation.

Dans la discussion médico-légale seront traités :

- la période d'incapacité temporaire
- la date de consolidation
- l'incapacité permanente
- les différents préjudices.

III) LA CONCLUSION

La conclusion sera courte, précise et répondra aux seules questions posées.

Tels sont ces éléments, telle est la conduite à tenir pour pouvoir dédommager équitablement la victime. "Mais cette réparation est fonction de la seule victime; comme on a pu l'écrire, on rétablit chacun dans son état antérieur, le riche dans sa richesse, le pauvre dans sa pauvreté".

- V -

C O N C L U S I O N S

Nous avons côtoyé longtemps cette victime. Nous l'avons consciencieusement examiné, soigneusement interrogée. Malgré toute notre bonne volonté, bien souvent nous n'avons pu recueillir que des informations imprécises, parfois même contradictoires, faits qui ne peuvent aller qu'à son désavantage. Bien souvent en Droit commun, l'expertise se présente comme une bataille où presque toujours l'assureur du responsable se fait représenter par son médecin-conseil. Il est évidemment nécessaire que l'autre partie, la victime, soit également assistée du sien, ne serait-ce que pour lui éviter à l'avenir tous regrets et lui donner l'impression qu'elle était à égalité de force avec l'adversaire. Aussi pour conclure cet exposé il nous a semblé utile de se réferer à la publication de M. Bernard PIEDELIEVRE, avocat à la cour d'Appel de PARIS, publication portant sur l'importance du rôle du médecin comme conseil du traumatisé :

"L'augmentation constante des accidents de la circulation amène de plus en plus souvent les médecins à prodiguer leurs soins aux victimes de ces accidents. Si le médecin doit avant tout se consacrer à sauvegarder dans la mesure du possible l'intégrité physique de son client, il ne doit pas oublier que son rôle peut être également fort important en aidant le blessé à obtenir la réparation du préjudice corporel que lui a causé l'accident.....

Il importe d'abord d'attirer l'attention sur l'importance du certificat initial. Ce certificat en effet, permettra non seulement à la victime de justifier de son absence auprès de ses employeurs et d'ouvrir droit, le cas échéant, aux prestations de la Sécurité sociale, mais encore et surtout sera indispensable au cas où, comme il arrive le plus souvent, l'affaire devra avoir des suites judiciaires.

Ce certificat initial permettra également en cours d'instence de donner des indications fort utiles, tant au défenseur de la victime qu'au tribunal, aussi bien en vue des différentes mesures à ordonner, que pour l'évaluation de la provision à allouer au blessé, ou encore, le cas échéant, pour la désignation d'un expert particulièrement spécialisé dans telle ou telle branche étant donné la nature particulière des blessures.

Par conséquent, le premier soin du médecin qui examine la victime d'un accident, et qui se voit réclamer un certificat médical par celle-ci, doit être de déterminer dans cette pièce très importante pour son client, d'une part la durée probable de l'incapacité de travail (même s'il s'agit d'une personne sans profession) et, d'autre part de décrire sommairement mais avec précision les lésions dont il est atteint, les interventions pratiquées ou celles devant l'être à l'avenir, le traitement suivi etc...

Le rôle du médecin peut très bien ne pas s'arrêter là si le blessé sur les conseils de son avocat, décide d'intenter un procès à l'auteur de l'accident pour lui demander réparation du prèjudice, parfois considérable, que lui causent les blessures provoquées par l'accident. L'expertise joue un rôle important dans ce genre de procès.

La mission donnée par le Tribunal à l'expert consiste généralement en ceci : examiner la victime, décrire les blessures ou les lésions qu'elle a subies, évaluer les infirmités ou les incapacités dont elle a été et dont elle reste atteinte, ainsi que certains préjudices particuliers ayant l'accident pour cause....

Il n'est pas toujours facile pour l'expert de donner avec précision son avis sur tous les points, et aussi compétent soit-il, il est des choses qu'il ignore forcément en examinant un blessé : durée exacte des soins qui lui ont été donnés à l'hôpital ou à la clinique, durée de la convalescence, date de reprise du travail, nature des opérations subies et des traitements effectués, incidences particulières des blessures sur le comportement privé ou professionnelle du sujet, importance réelle des séquelles de l'accident etc ..... et sur lesquelles la victime ne peut souvent que l'éclairer imparfaitement.

Elle est en effet généralement impressionnée ou intimidée et dans la plupart des cas peu capable de s'exprimer avec précision sur tous ces points, que l'expert, malgré sa science, ne peut à lui tout seul deviner.

Le médecin traitant a un rôle à jouer, et ceci de deux façons possibles :

- soit en délivrant à son client en vue de l'expertise un certificat aussi détaillé que possible, faisant en quelque sorte l'historique du blessé depuis l'accident et donnant son avis personnel sur les incapacités que l'expert devra évaluer.

- soit en accompagnant son client au rendez-vous d'expertise pour renseigner l'expert avec exactitude sur l'état de son malade.

S'il est mieux que quiconque en mesure d'aider son client à obtenir l'exacte réparation du préjudice qui lui a été causé, en aidant l'expert à établir avec précision l'étendue et le degré de gravité de ses blessures et infirmités, le médecin traitant pourra parfois exercer une influence utile

sur son client en modérant son activité revendicatrice. Il arrive en effet que certains blessés, mal conseillés ou d'un tempérament particulièrement revendicatif, s'imaginent que ces blessures leur donnent droit à un pourcentage d'invalidité bien supérieur à la réalité, et certains même en arrivent pour corroborer leur thèse à simuler consciemment ou non, devant l'expert qui ne s'y trompe pas, les symptômes des affections dont ils se prétendent atteints.

Inutile de préciser que le résultat dans ces cas est exactement contraire à celui recherché. L'expert, mis en méfiance par le comportement du blessé, risque fort d'avoir tendance, devant ses exagérations manifestes, à amoindrir la portée de ses conclusions.

En exerçant son influence et réfreinant le client animé de pareille tendance, le médeçin praticien jouera là encore un rôle très utile et lui rendra un réel service. Au cas où celui-ci persisterait malgré tout dans son attitude, le devoir du médecin serait alors d'abandonner son assistance devant l'expert afin de ne pas prendre figure devant celui-ci de dupe ou de complice ....".

-----oooOooo-----

C O N C L U S I O N S

1/ Les accidents de la circulation sont actuellement de plus en plus fréquents ; l'importance des appréciations du dommage corporel rend de plus en plus fréquente l'intervention de médecins experts.

2/ L'étude de 300 dossiers vus dans la cadre de la réparation du droit commun, apporte les éléments suivants sur les conditions des accidents :

- sexe : 200 hommes, 100 femmes
- âge : 1/10 des expertisés a moins de 20 ans
  2/10 sont situés dans les décades 20-30-40 ans
  3/10 ont plus de 50 ans.
- mode de locomotion : 13% : piétons, 38% : véhicules à deux roues, le reste : automobiles (17% sont conducteurs d'automobiles).
- heure de l'accident : 1/4 entre 18 et 20 heures, 1/4 entre 14 et 18 heures.

3/ Les lésions traumatiques intéressent :

- le crâne : dans 18% des cas
- la face : dans 4% des cas
- la colonne cervicale et lombaire : dans 4% des cas
- le bassin : dans 4% des cas
- le thorax : dans 11% des cas
- les membres supérieurs : dans 8% des cas.

- les membres inférieurs : dans 22% des cas
- dans 25% des cas : contusions sans fractures
- dans 15% des cas : polytraumatismes.

Il n'y a pas eu d'hospitalisation nécessaire dans 81 cas; une hospitalisation de courte durée, moins d'un mois, dans 144 cas, de longue durée, plus d'un mois, dans 74 cas.

4/ Les conséquences médico-légales sont les suivantes :

- l'incapacité temporaire a eu une durée inférieure à 3 mois, dans 140 cas, comprise entre 3 mois et un an, dans 139 cas, supérieure à un an : dans 21 cas.

- l'incapacité permanente a été inférieure à 10% dans 162 cas; comprise entre 10 et 50% dans 116 cas; supérieure à 50% dans 12 cas. Il n'y a pas eu d'observation d'incapacité permanente totale.

Les autres préjudices étaient appréciés ainsi :

- pretium doloris léger ou moyen dans 176 cas
- préjudice agrément : nul dans 210 cas; important dans 10 cas.
- préjudice esthétique : léger dans 29 cas, moyen ou important dans 18 cas.

5/ L'étude comparative de ces éléments étiologiques traumatologiques médico-légal, ouvre des perspectives intéressantes dans des recherches de ce type.

Le Président de la Thèse : Pr. L. ROCHE

Vu et permis d'imprimer, LYON, le 18-10-1963

Le Recteur, Président du Conseil d'Université
P. LOUIS

Vu, le Doyen
J.F. CIER

B I B L I O G R A P H I E

1° - les Accidents corporels de la Circulation Routière en 1954 et 1961
Miniotère des travaux publics, des transports et du tourisme.

2° - les blessés de la route
Marcel ARNAUD.

3° - L'appréciation du Dommage corporel dans le cadre du Droit Commun
Louis ROCHE et Charles-André REYNAUD.

4° - Les Accidentés de la route.
Documents Midy N° 34

5° - Mécanisme des blessures par accidents d'automobile, moyens de les prévenir ou d'en atténuer la gravité.
Jacques LECOUR
Presse Médicale 23 Juin 1962

6° - Ce qu'enseignenet les statistiques en matière d'accidents de la route.
Jean KEARNEY
Revue du Praticien Tome VIII n° 21

7° - Les Traumatismes craniens des Accidents Automobiles.
Michel FELD
Revue du Praticien - Tome VIII N° 21.

8° - Pour une sécurité maximale, l'automobile "idéale"
Roger PETRIGNANI
Revue du Praticien - Tome VIII N° 21.

9° - Importance du rôle du Médecin comme conseil du traumatisé de l'automobile.
Bernard PIEDELIEVRE, avocat à la Cour d'Appel de PARIS.
Revue du Praticien - Tome VIII N° 21.

-=-=-=-=-=-=-=-=-

T A B L E D E S M A T I E R E S

CHAPITRE I. - CONDITIONS des ACCIDENTS

. Suivant le Sexe ..... page 6
. Suivant l'âge ..... " 8
. Suivant les Moyens de Locomotion ..... " 12
. Age et Moyens de locomotion ..... " 16
. Sexe - Age et Moyens de Locomotion ..... " 20
. Suivant les Heures ..... " 23
. Les Accidents de Trajet suivant les heures " 25

CHAPITRE II. - LES LESIONS TRAUMATIQUES

. Les types de Lésions en général ..... " 30
. Les types de lésions suivant les Moyens de Locomotion " 37

CHAPITRE III. - HOSPITALISATION

. La Durée de l'Hospitalisation ..... " 52
. Lésions Traumatiques dans les Hospitalisations de plus d'un mois. ..... " 57

CHAPITRE IV. - CONSEQUENCES MEDICO-LEGALES

. L'Incapacité Temporaire ..... " 66
. Les Différents Préjudices ..... " 79
. L'Incapacité permanente partielle ..... " 90

CONCLUSIONS : ..... " 99

BIBLIOGRAPHIE ..... " 104